

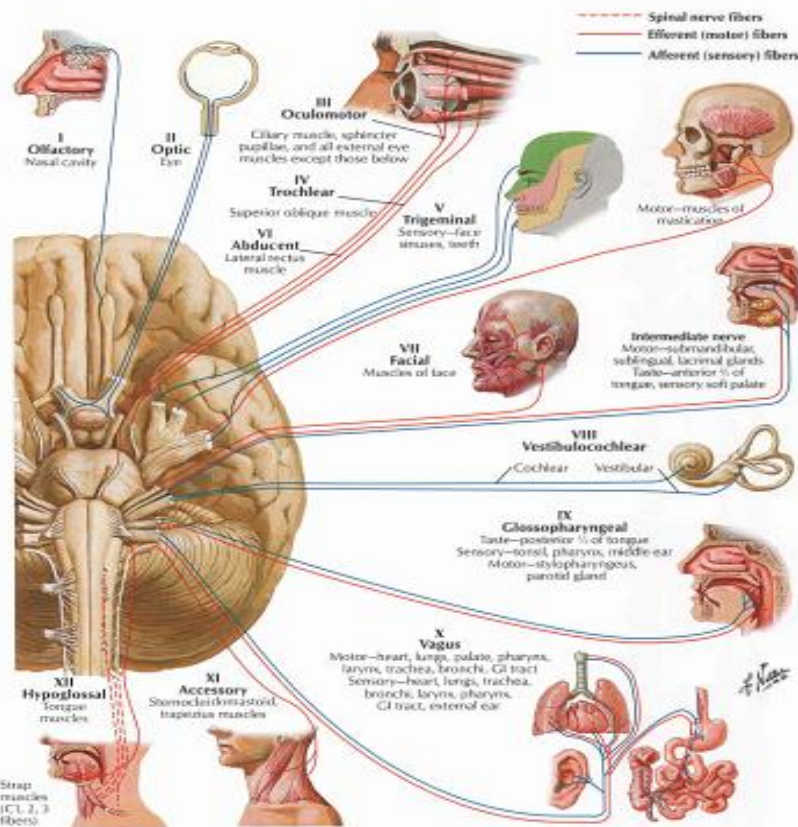
الله أكبر



موضوع:



1 Cranial Nerves (Motor and Sensory Distribution): Schema

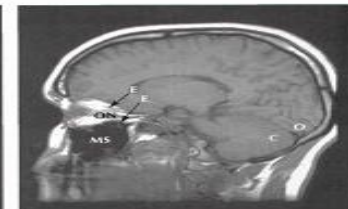
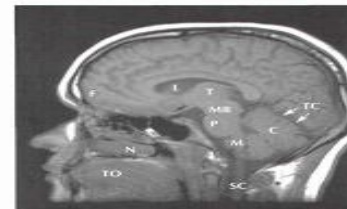
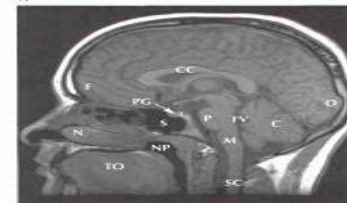


بیماری های دستگاه اعصاب

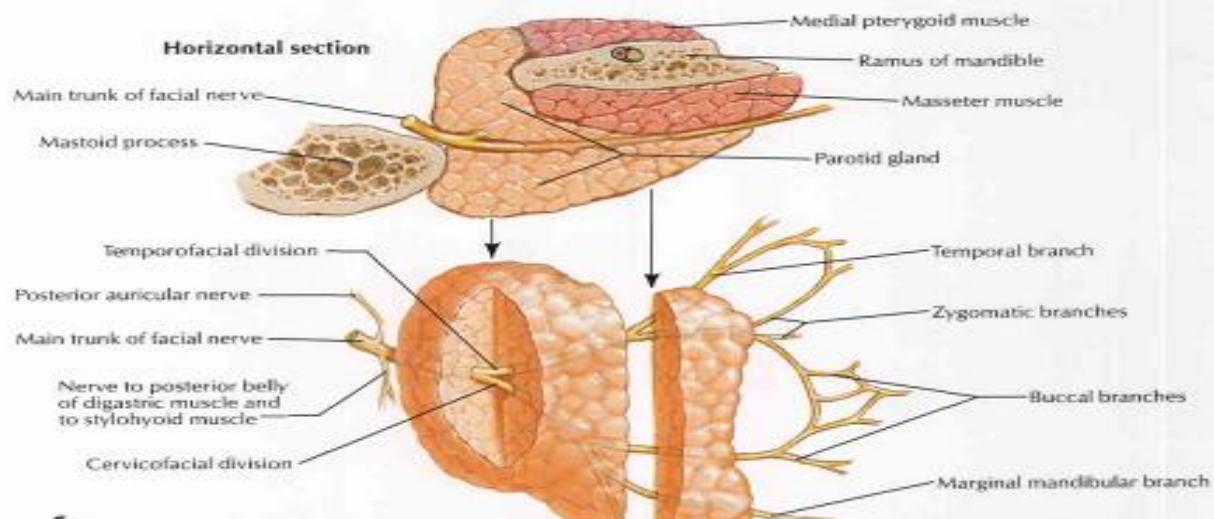
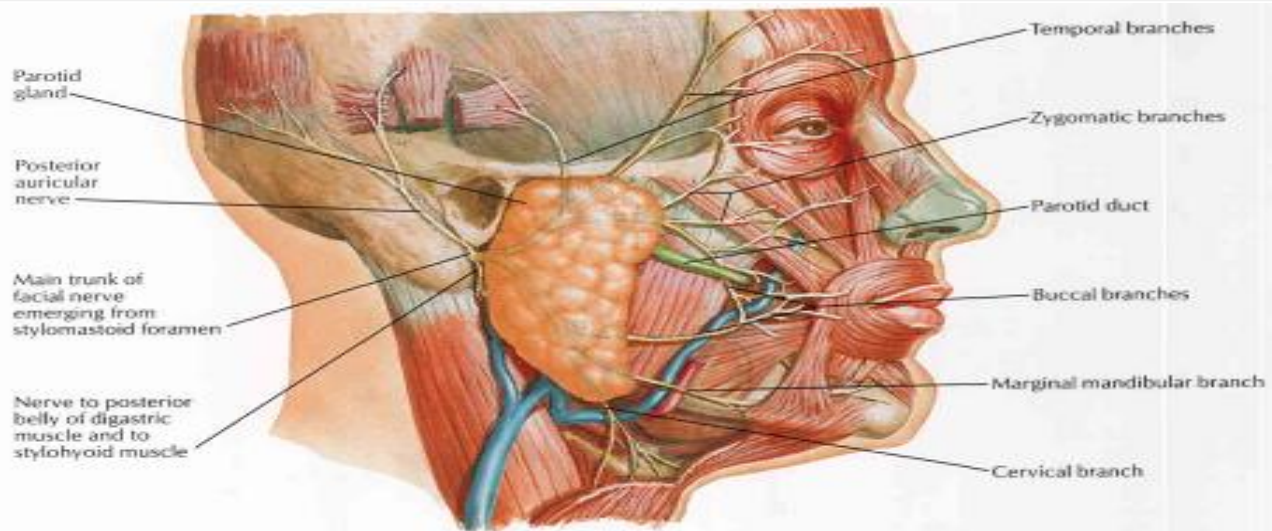
آزمایشات تشخیصی

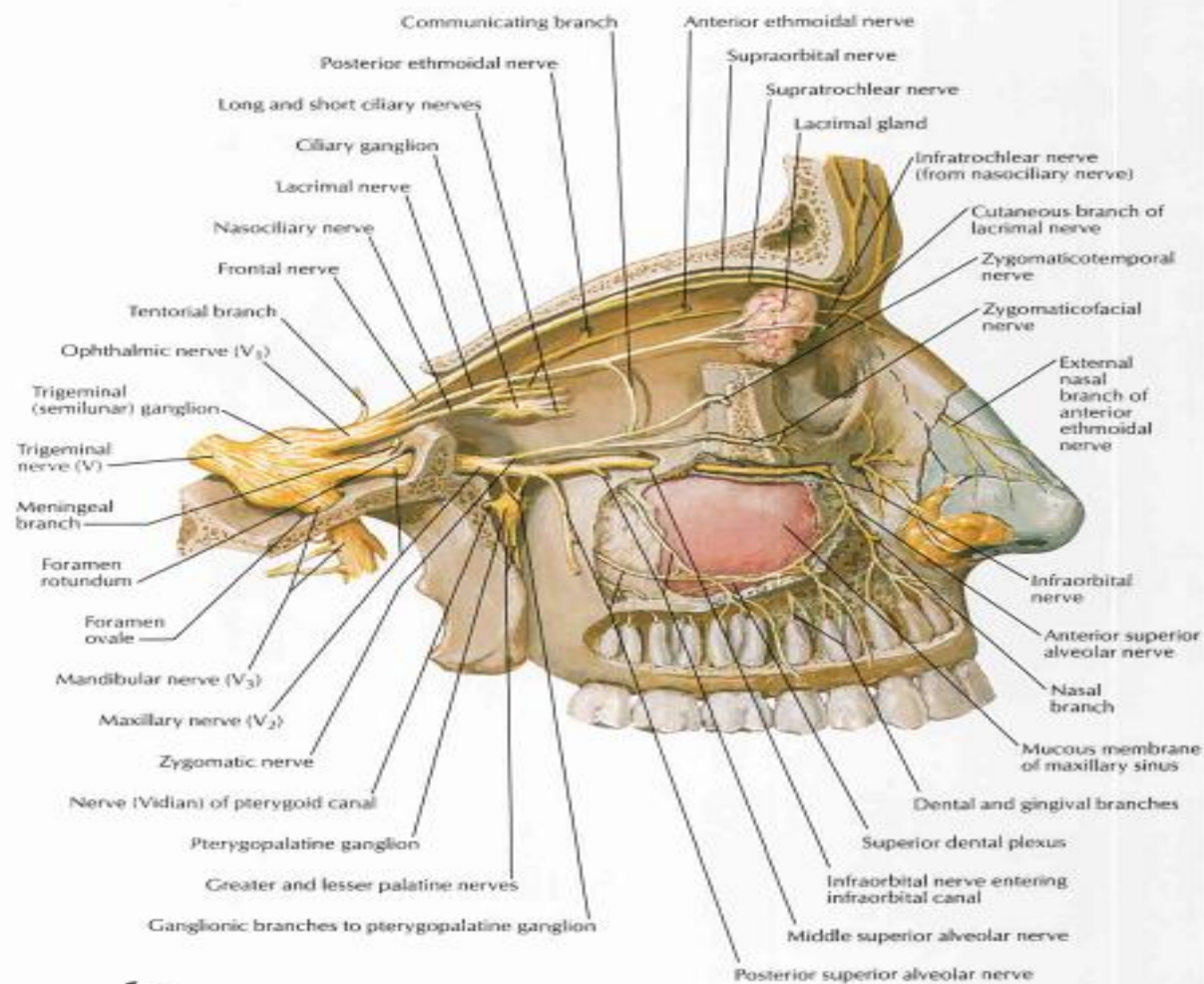
عکسبرداری ها

Median (A) and paramedian (B, C) sagittal MR images



C Cerebellum	N Inferior nasal concha
CC Corpus callosum	NP Nasopharynx
E Extracranial muscles	O Occipital pole
F Frontal pole	ON Optic nerve
P Pons	PG Pituitary gland
PG Pituitary gland	S Sphenoid sinus
IV Fourth ventricle	SC Spinal cord
L Lateral ventricle	T Thalamus
M Medulla oblongata	TC Tentorium cerebelli
MB Midbrain	TO Tongue
MS Maxillary sinus	

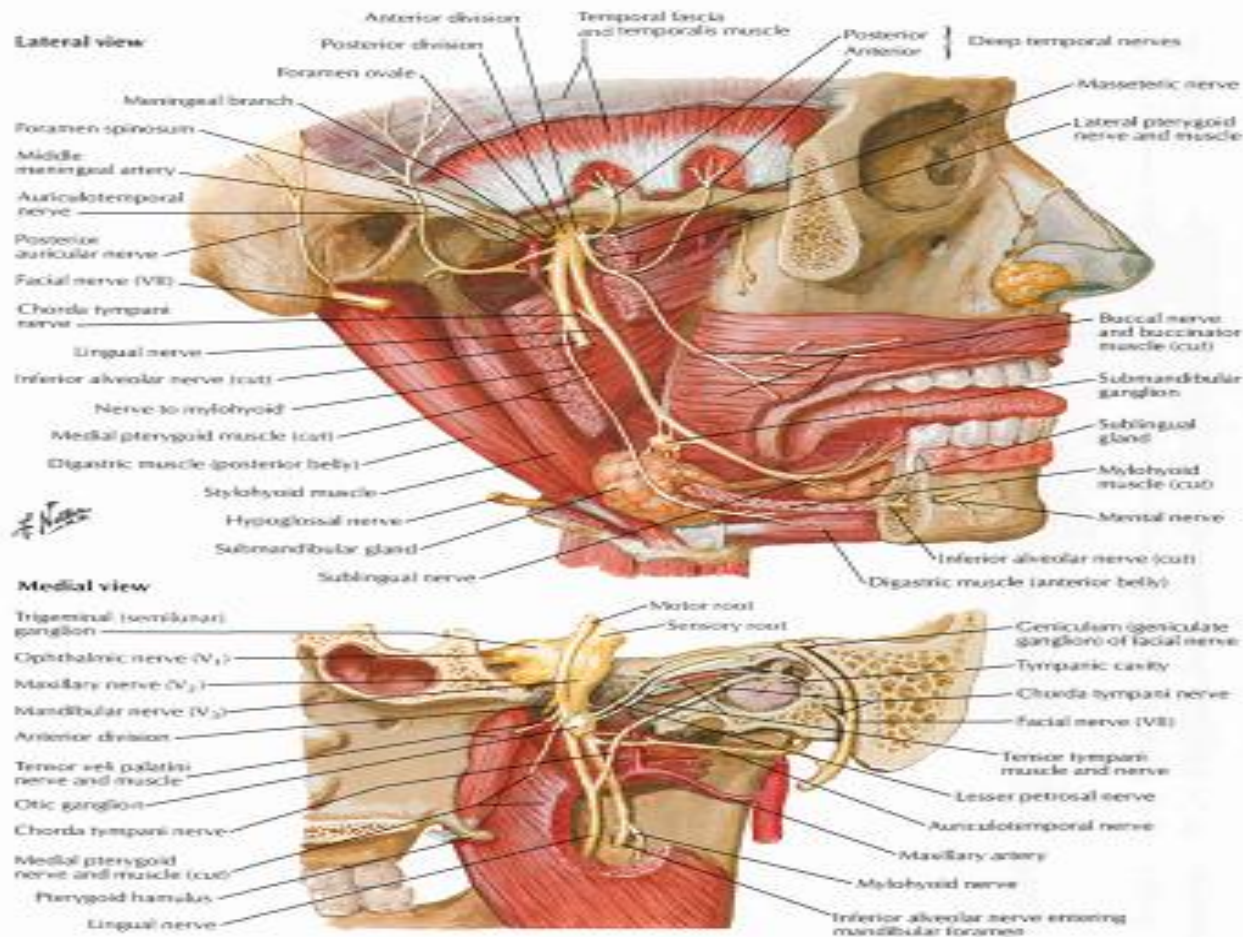




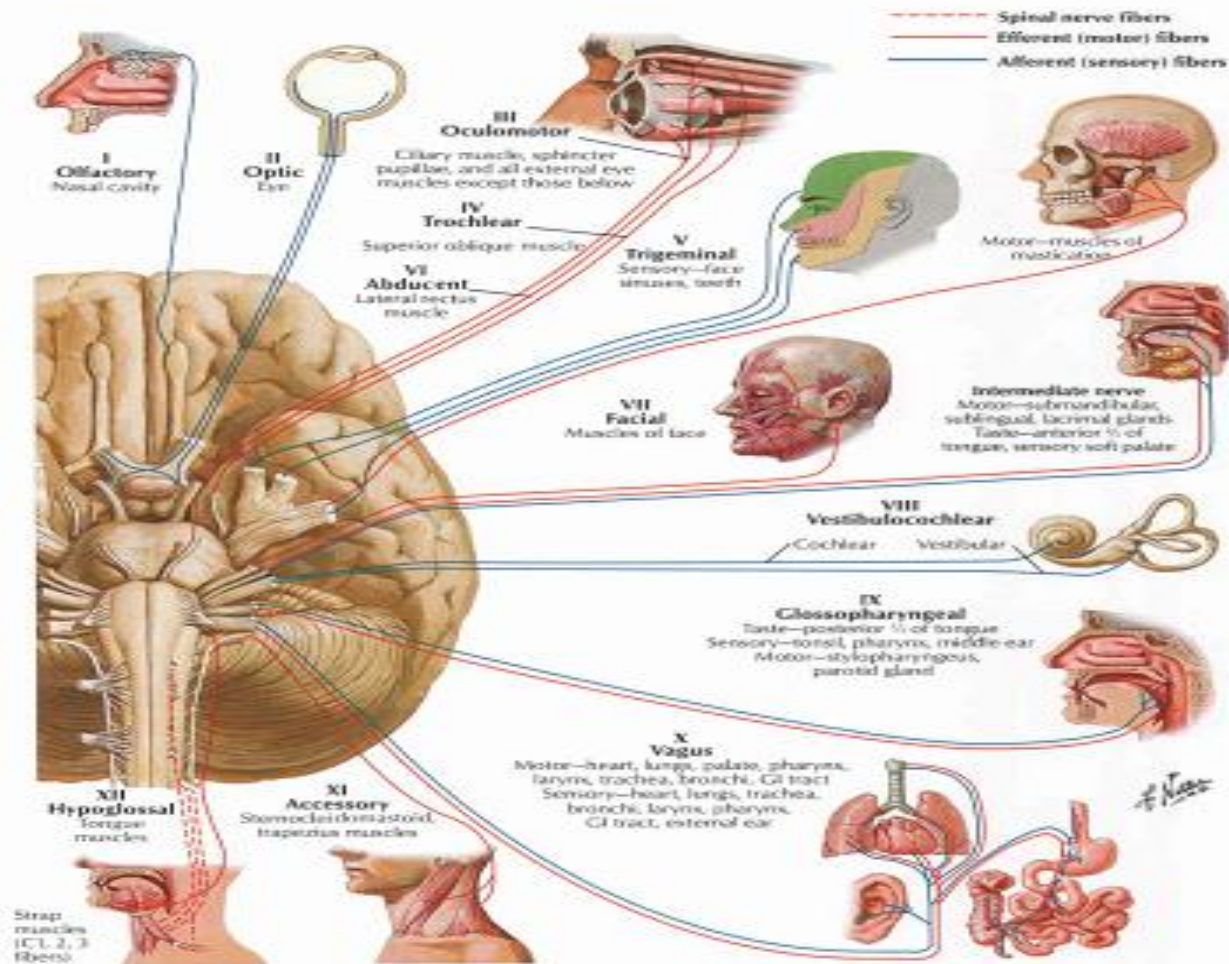
1

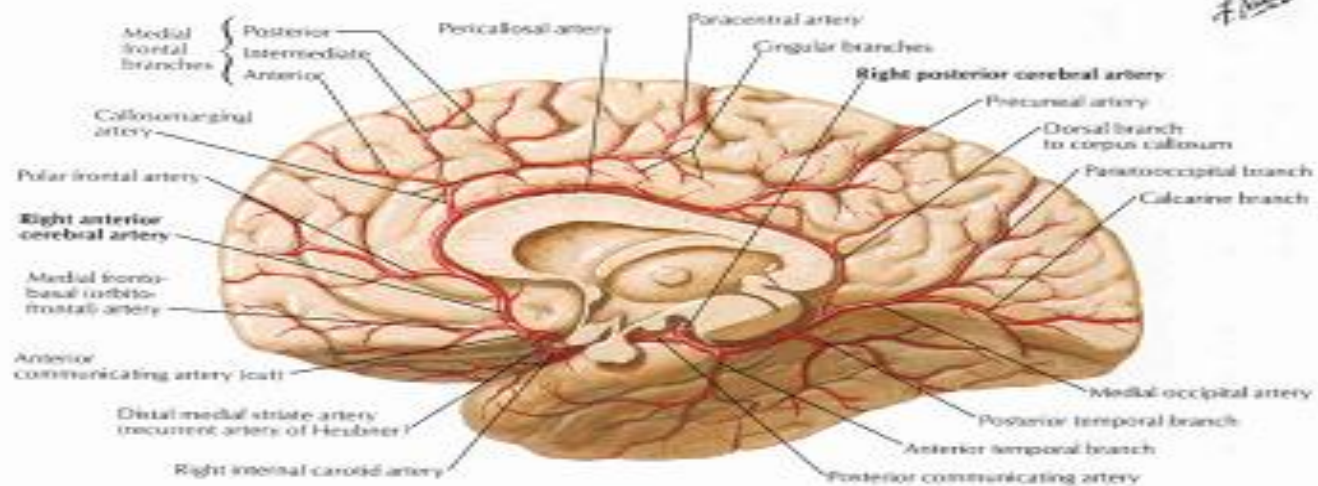
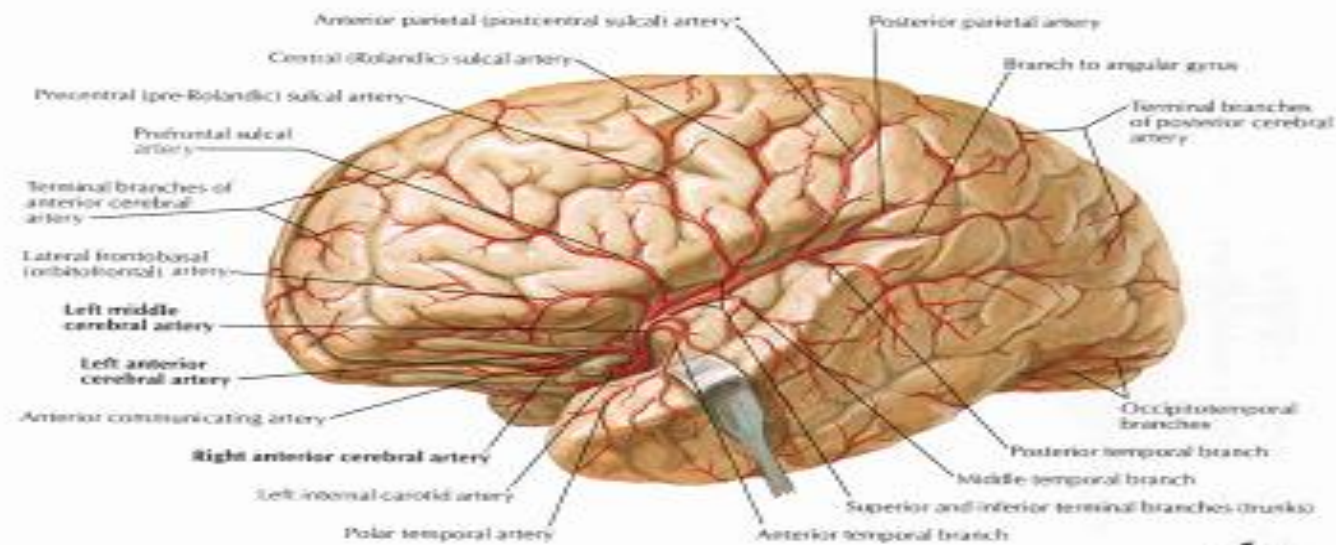
Mandibular Nerve (V_3)

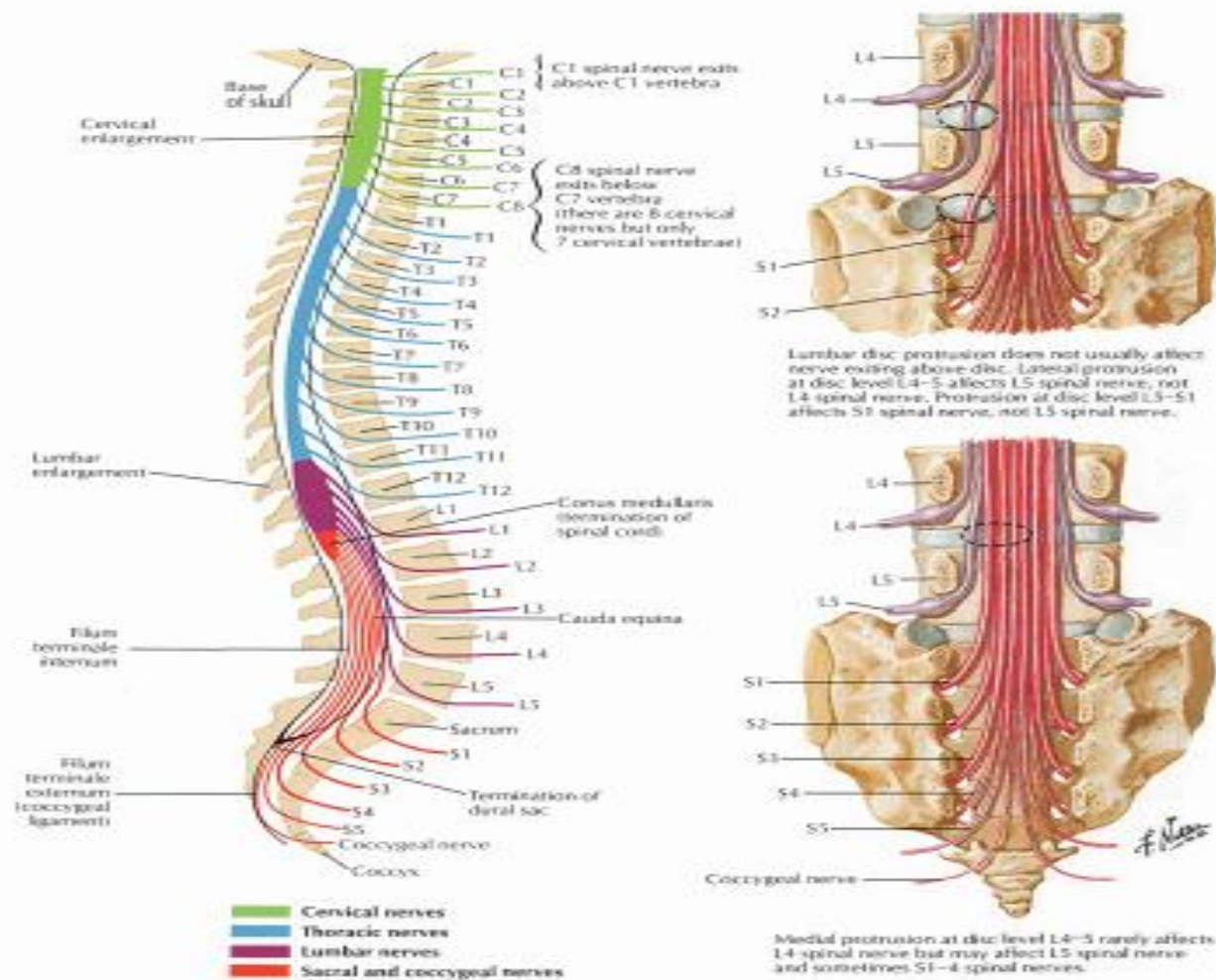
See also Plates 71, 122



Cranial Nerves (Motor and Sensory Distribution): Schema







Schematic cross section showing compression of nerve root

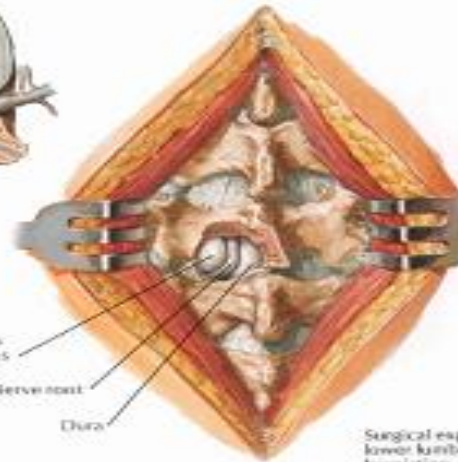


Characteristic posture in left-sided lower lumbar disc herniation

Nucleus pulposus

Nerve root

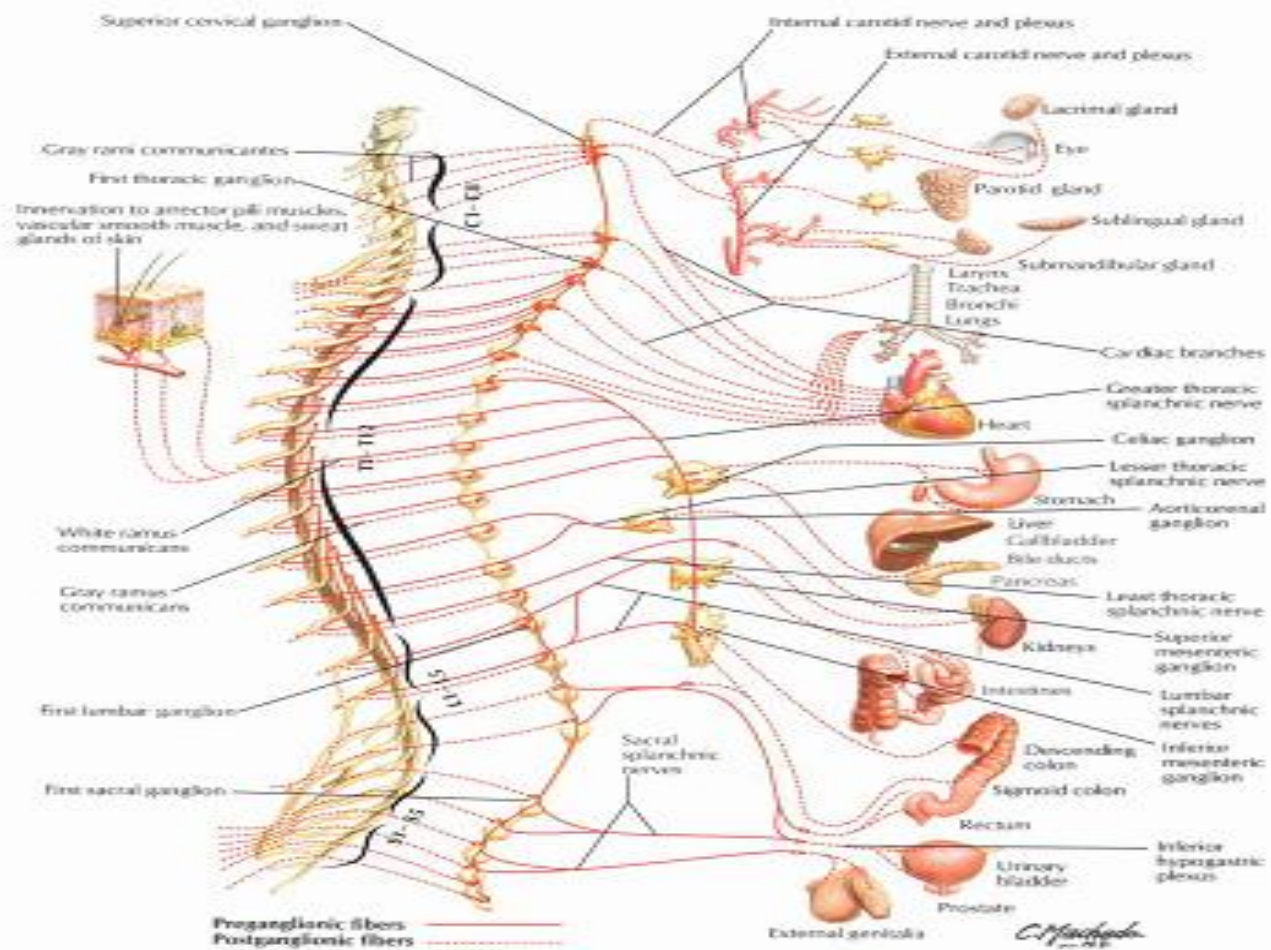
Dura

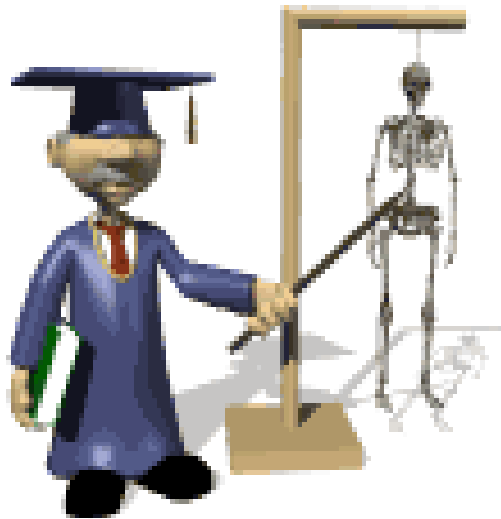


Surgical exposure of lower lumbar disc herniation

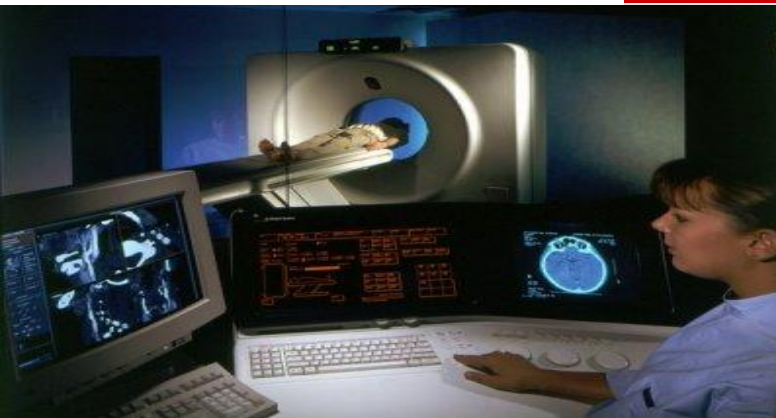
Clinical features of herniated lumbar nucleus pulposus

Level of herniation	Pain	Numbness	Weakness	Atrophy	Reflexes
<p>L4-L5 disc; 5th lumbar nerve root</p>	<p>Over sacro-iliac joint, hip, lateral thigh and leg</p>	<p>Lateral leg, first 3 toes</p>	<p>Dorsiflexion of great toe and foot; difficulty walking on heels; foot drop may occur</p>	Minor	<p>Changes uncommon in knee and ankle jerks, but internal hamstring reflexes diminished or absent</p>
<p>L5-S1 disc; 1st sacral nerve root</p>	<p>Over sacro-iliac joint, hip, posterolateral thigh and leg to heel</p>	<p>Back of calf, lateral heel, foot to toe</p>	<p>Plantar flexion of foot and great toe may be affected; difficulty walking on toes</p>	<p>Gastrocnemius and soleus</p>	<p>Ankle jerk diminished or absent</p>





دستگاه اعصاب:



سی تی اسکن مغز و نخاع: (CT-Scan)

- تعیین تراکم بافت مغز

- تشخیص وضعیت کورتکس

- تشخیص وضعیت بطن ها

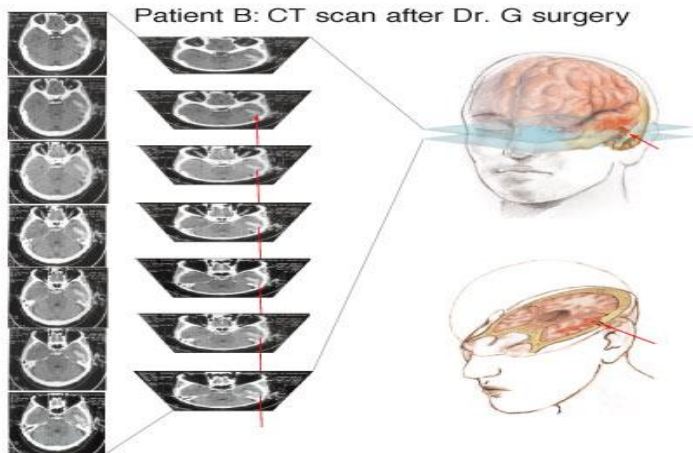
- بررسی وضعیت نخاع

- بررسی وضعیت دیسک بین مهره ای

□ غیرتهاجمی

□ بدون درد

□ دارای حساسیت بالای تشخیصی ضایعات



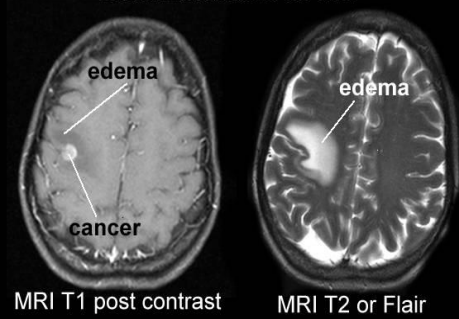
اقدامات قبل از سی تی اسکن



- سکون کامل سر و بدن بیماران هنگام پروسیجر
- اگر با ماده حاجب باشد نیاز به کنترل حساسیت بیماران
- گرفتن یک راه وریدی مطمئن
- ۴ ساعت ناشتا
- کنترل عوارض حساسیتی بعد از انجام تست



Brain Metastasis on MRI



تصویربرداری رزونانس مغناطیسی M.R.I

– استفاده از یک میدان مغناطیسی قوی جهت تهیه تصاویر

اندیکاسیون:

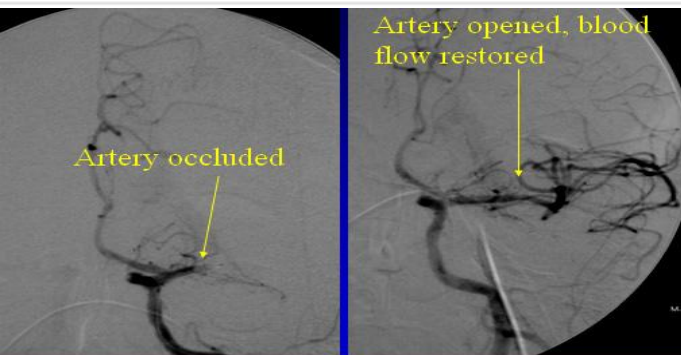
– آنومالی مغزی (زودتر و روشن تر از بقیه تست ها)

– بررسی واکنش تومور به درمان

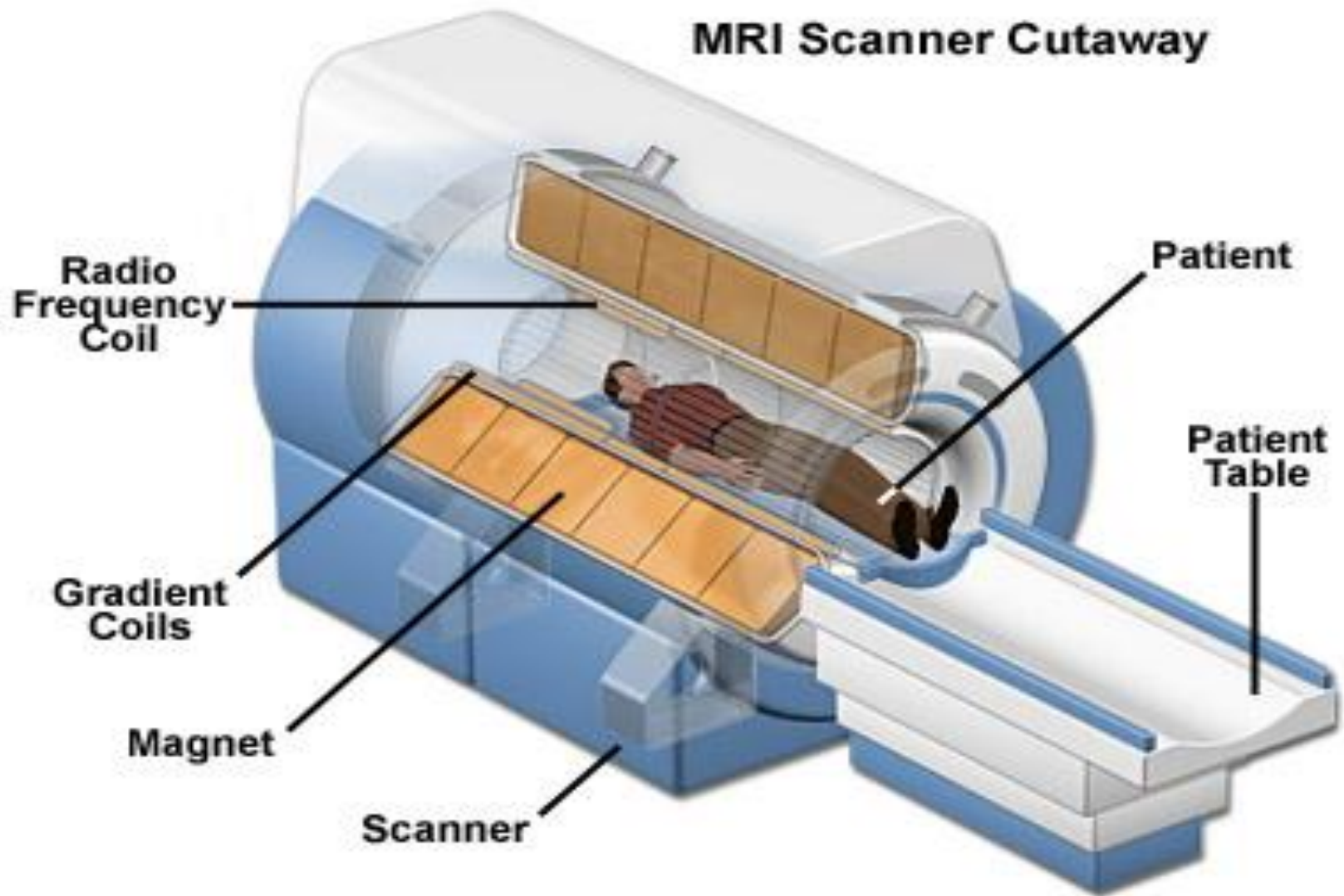
– مشاهده عروق مغزی

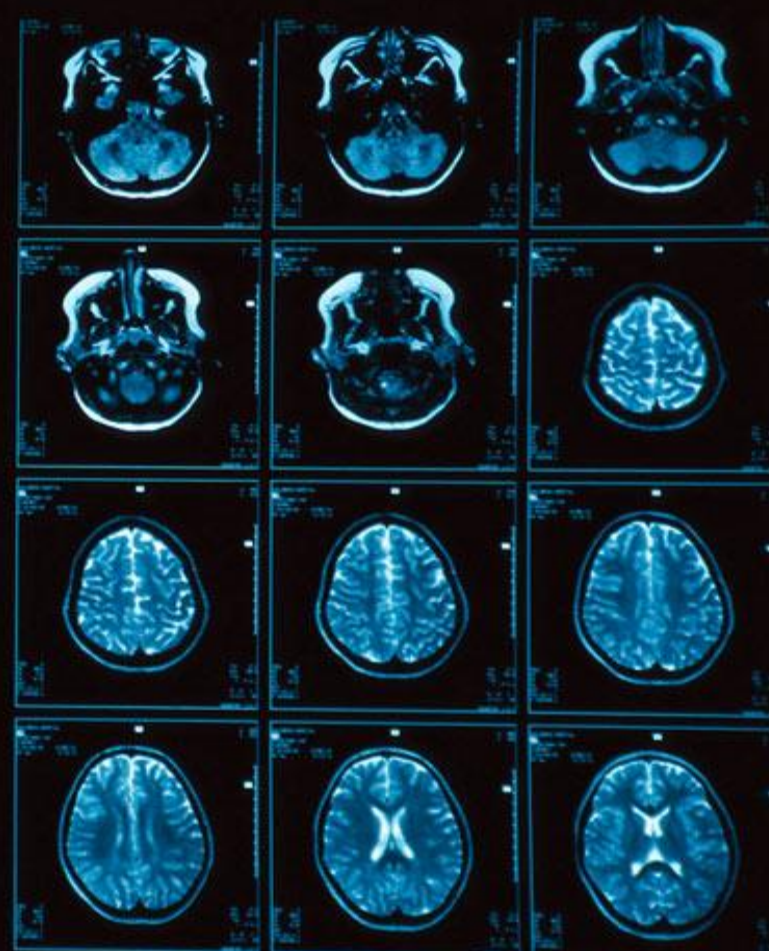
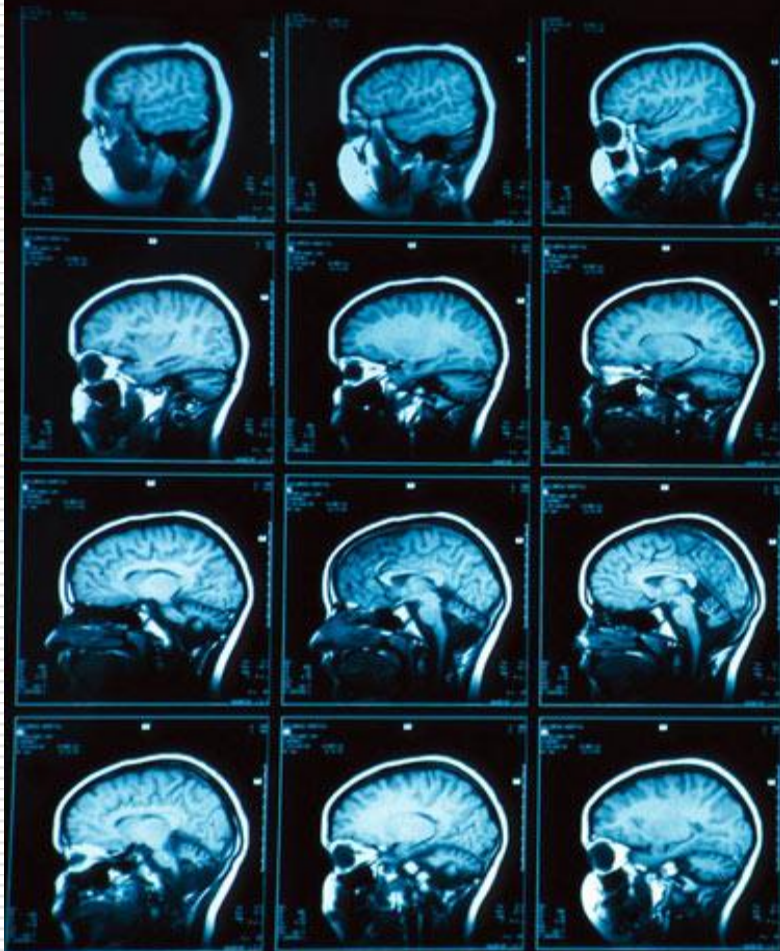
– مدت زمان یک ساعت

– امروزه جهت تشخیص شرایط غیر حاد ارزشمند می باشد.



MRI Scanner Cutaway





MRI Images of a human brain
Photograph by Ken Glaser/Corbis

اقدامات قبل از M.R.I



- دادن آموزش به بیمار
- ریلکس کردن بیمار
- گذاشتن گوشی محافظ

-خارج کردن کلیه اشیاء فلزی و کنترااندیکه بودن در؟؟؟

E.A.R-4000



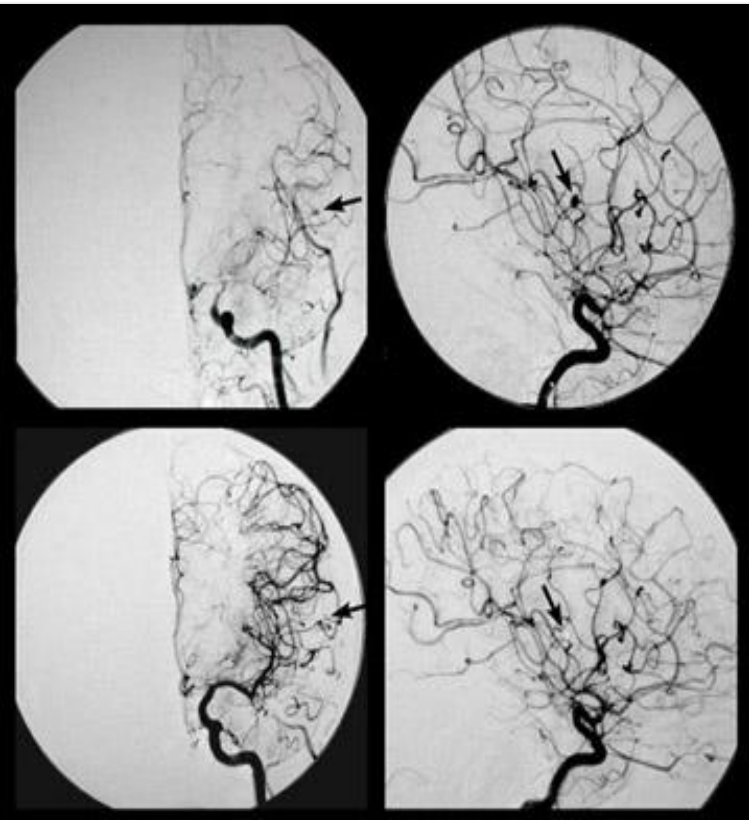
- غیر تهاجمی
- بدون درد
- مدت انجام طولانی
- گران قیمت

آنژیوگرافی مغز

- مطالعات گردش خون مغزی با استفاده از ماده حاجب
- تزریق بداخل شریان (شریان فمورال، شریان براکیال)

اندیکاسیون:

- بیماری های عروق مغزی
- مالفورماسیون های شریانی - وریدی
- کفایت خونرسانی مغزی
- قبل از کرایوتومی
- استفاده از اشعه X





اقدامات قبل از آنژیوگرافی مغز

- بیمار کاملاً هیدراته باشد.

- مایعات صاف تا قبل از انجام آزمایش داده شود.

- بیمار قبل از شروع به کار ادرار کند.

- نبض های محیطی با مداد مشخص شود.

- بی حرکت بودن حین آنژیوگرافی

- احساس گرمای گذرا در صورت و لب و دهان طبیعی

- احساس طعم فلزی در دهان طبیعی

- شیو کردن کشاله ران و پرپ کردن آن

- تزریق لیدوکائین در موضع



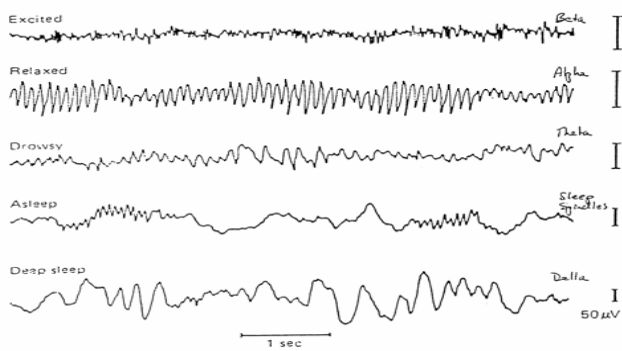
اقدامات بعد از آنژیوگرافی مغز



- کنترل وضعیت هوشیاری
- کنترل تمامی علائم حیاتی
- کنترل محل از نظر خونریزی
- اختلالاتی چون ضعف و بی حسی یک طرفه بدن، اختلالات تکلمی

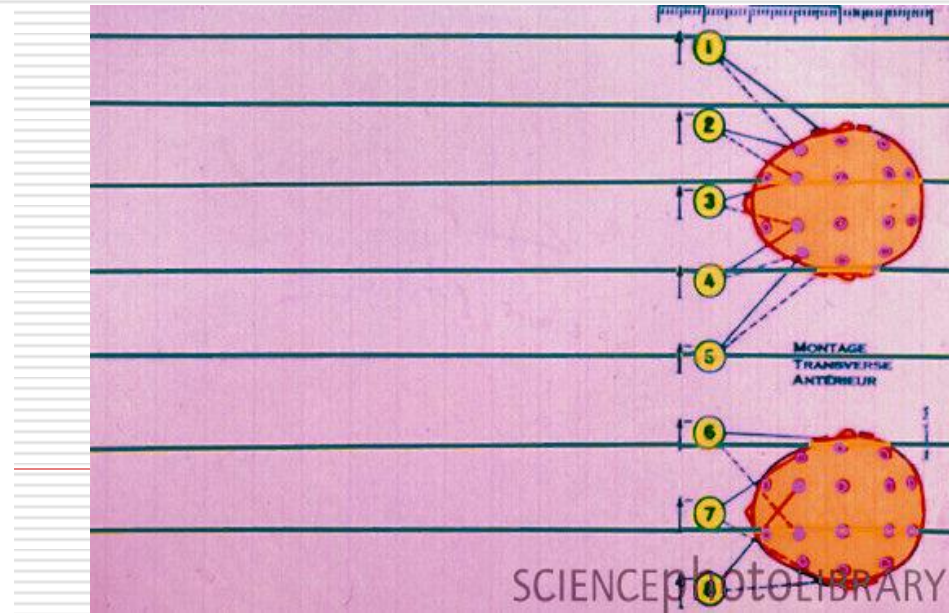
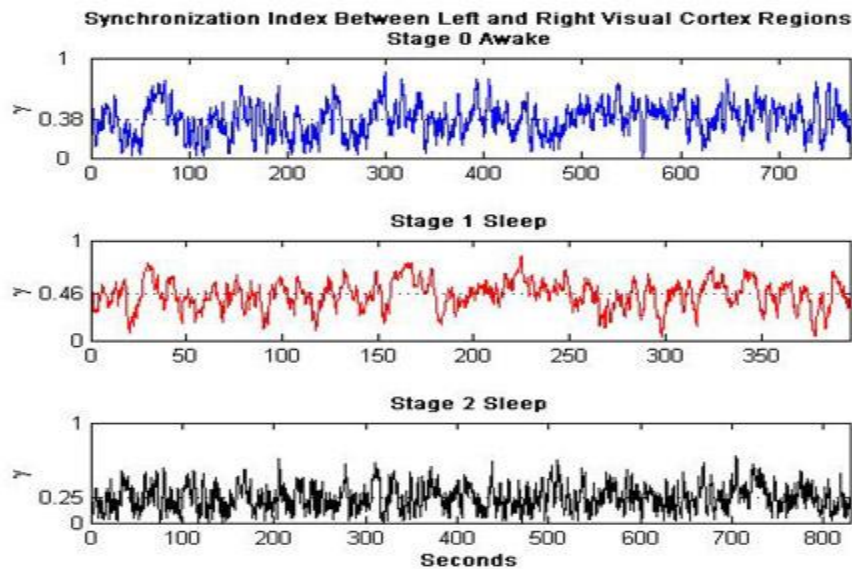


- کنترل هماتوم محل ???
- گذاشتن متناوب کیف یخ در موضع



الکتروانسفالوگرافی EEG

- ثبت فعالیت الکتریکی مغز با الکترودهای سطح جمجمه
- جهت تشخیص فعالیت مغزی و تشخیص تشنج و صرع
- نوار مغزی در تومور، آبسه، لخته خون و عفونت مغزی غیرنرمال
- تعیین مرگ مغزی



اقدامات قبل از الکتروانسفالوگرافی

-قطع مصرف مسکن و محرک ها شب قبل

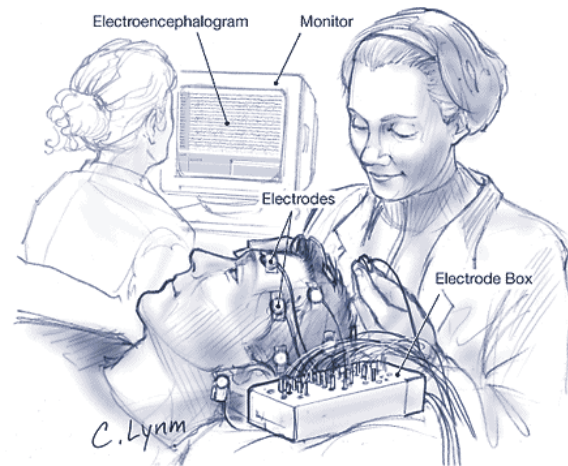
-شب قبل مصرف قهوه، چای شکلات و کولا قطع شود.

-غذا نباید حذف شود.؟؟؟

-نوار مغز استاندارد ۴۵ تا ۶۰ دقیقه و در حال خواب مدت بیشتر

-نوار مغزی یک روش تشخیصی است نه درمانی

-احتمال شوک الکتریکی وجود ندارد.



الکترومیوگرافی EMG

–نوار عصب عضله

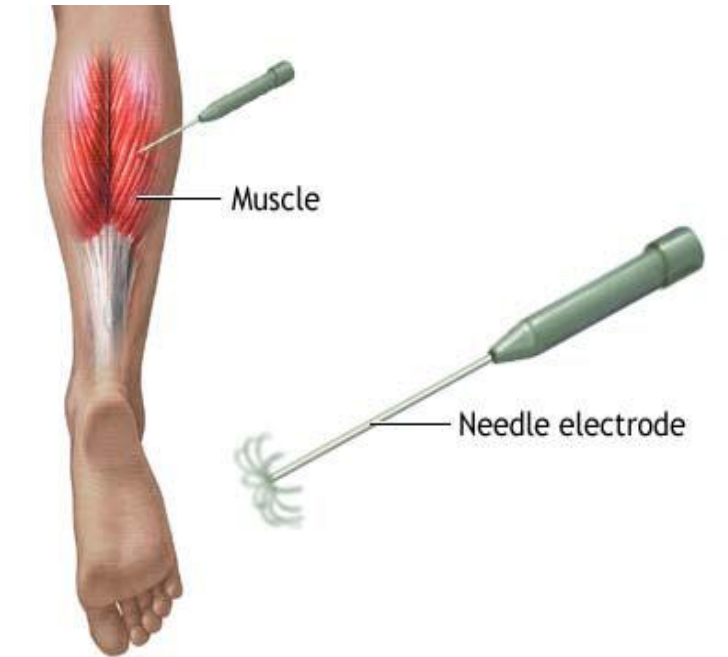
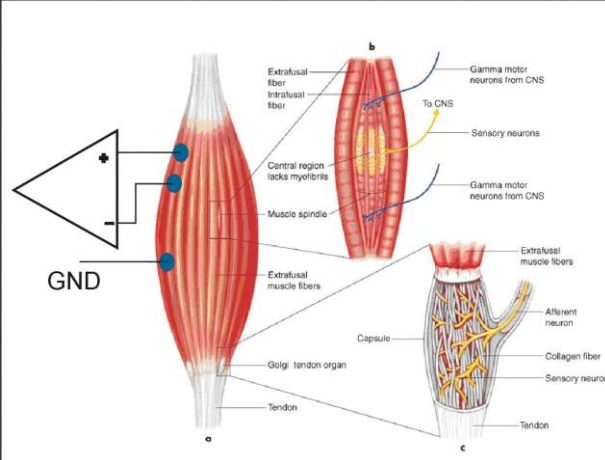
–قرار دادن الکترودهای سوزنی در عضلات اسکلتی

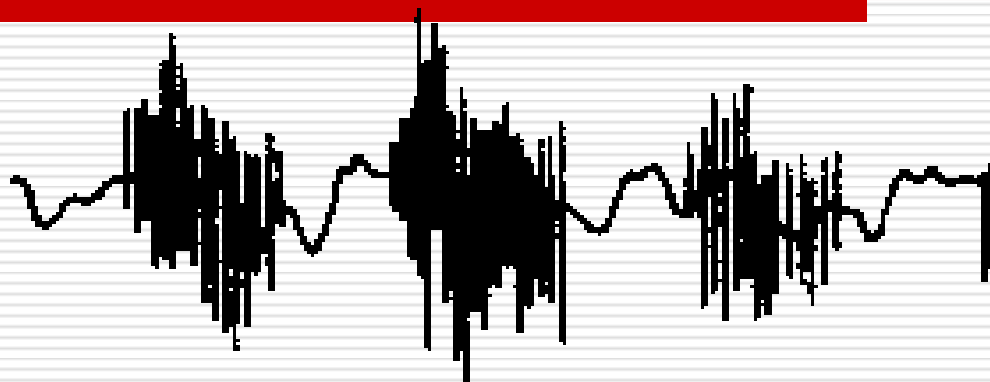
–ثبت شکل جریان و امواج و صدای عضلات

–تشخیص میوپاتی ها

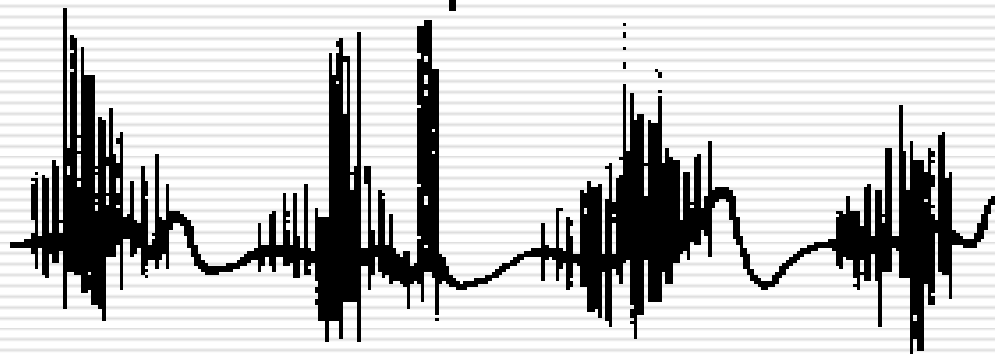
–تشخیص اختلالات عصبی – عضلانی

–تشخیص علل ضعف عضلانی



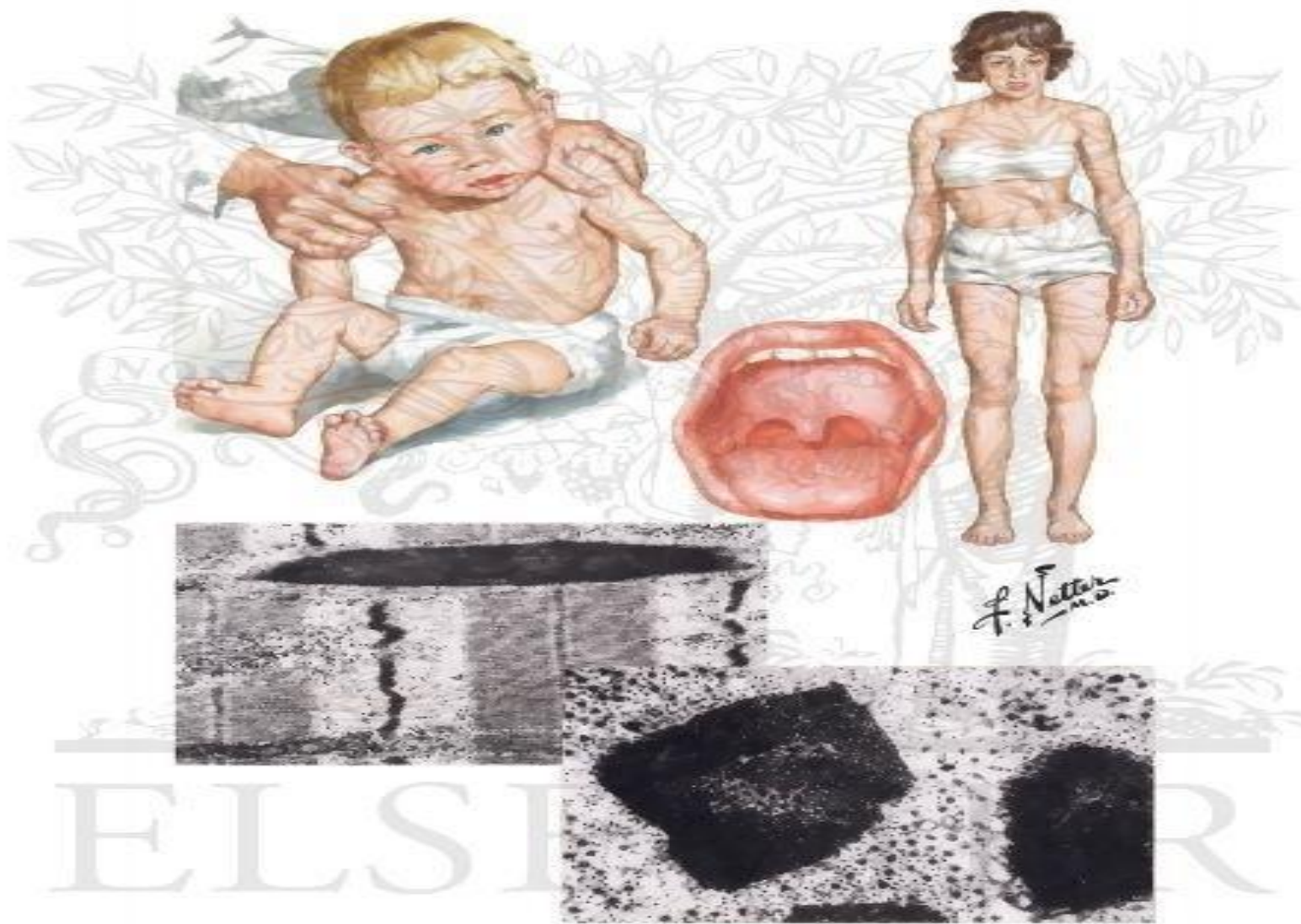


Biceps

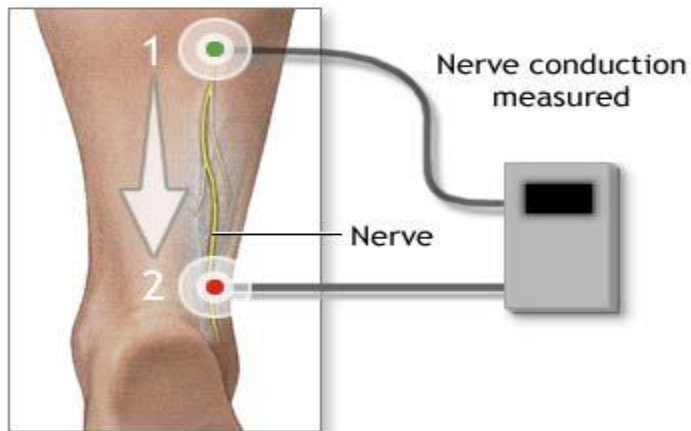


Triceps

500
microV
0.5 sec







ADAM.

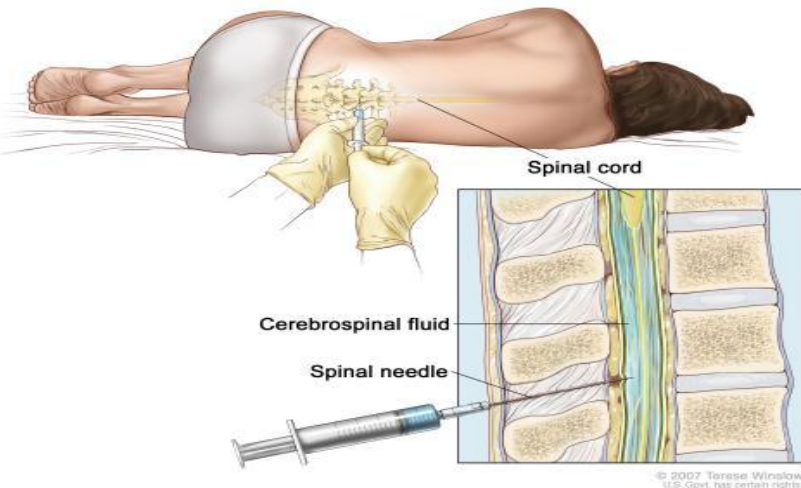
مداخلات الکترومیوگرافی

- ☐ آموزش دادن به بیمار
- ☐ احساسی شبیه به تزریق عضلانی
- ☐ احساس درد تا مدت کوتاهی پس از تست طبیعی است.



پانکچر کمری LP

□ قرار دادن سوزن در فضای عنکبوتیه کمری (L3-L4 یا L4-L5)



□ سوزن اسپاینال

□ بی حسی موضعی قبل از پروسیجر

اندیکاسیون:

□ بررسی مایع مغزی و نخاعی

□ کاهش فشار CSF (۷۵ تا ۲۰۰ میلی متر آب)

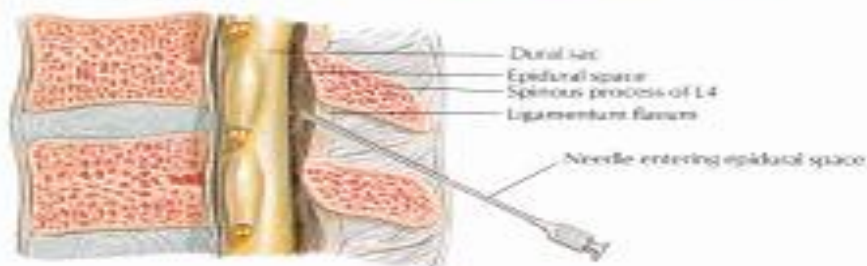
□ تعیین وجود خون در مایع مغزی و نخاعی

□ تجویز آنتی بیوتیک ها در کانال نخاع

Lumbar puncture

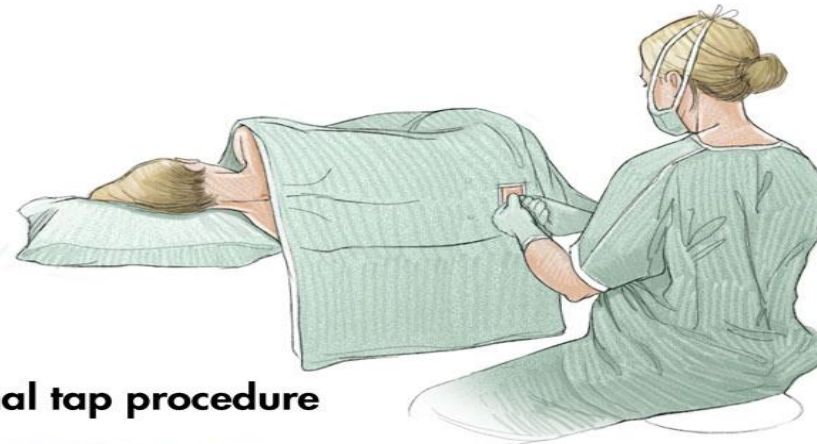


Epidural anesthesia

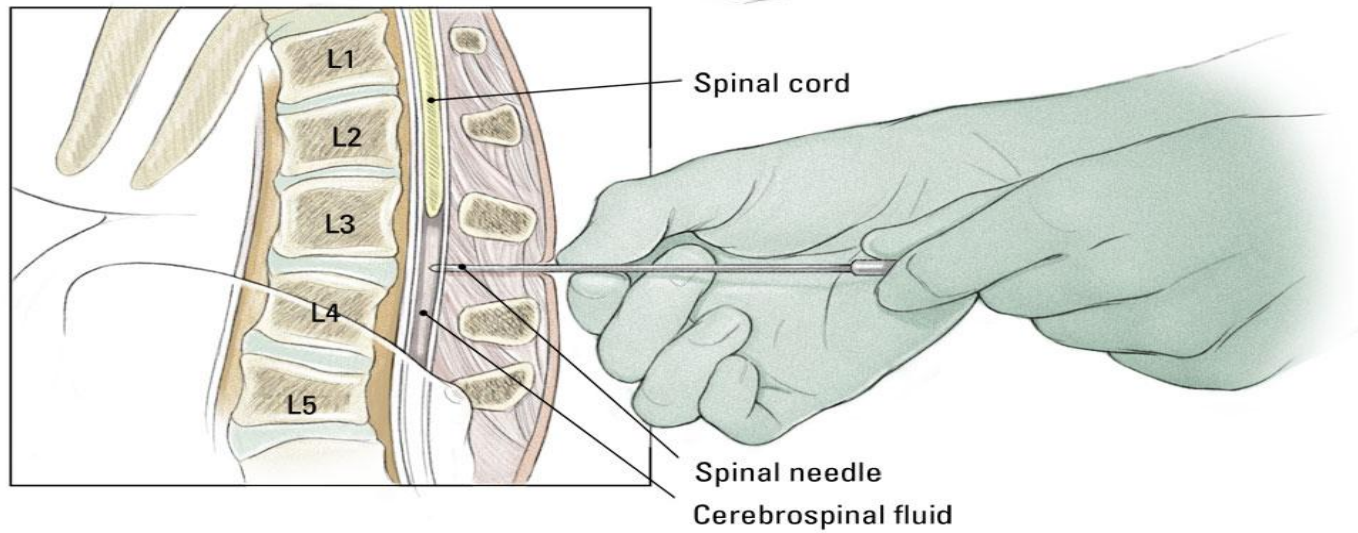


Epidural anesthesia and lumbar puncture are performed by inserting a needle above or below the L4 vertebral spine, which lies at the level of the iliac crest. For epidural anesthesia, the needle passes into the epidural space, and anesthetic agent bathes the nerve roots in proximity. Lumbar puncture, on the other hand, is performed in order to collect a sample of cerebrospinal fluid (CSF) or to introduce an anesthetic agent into the CSF (spinal anesthesia), so therefore the needle penetrates the dural sac to enter the subarachnoid space.

C. M. M. M.



Spinal tap procedure



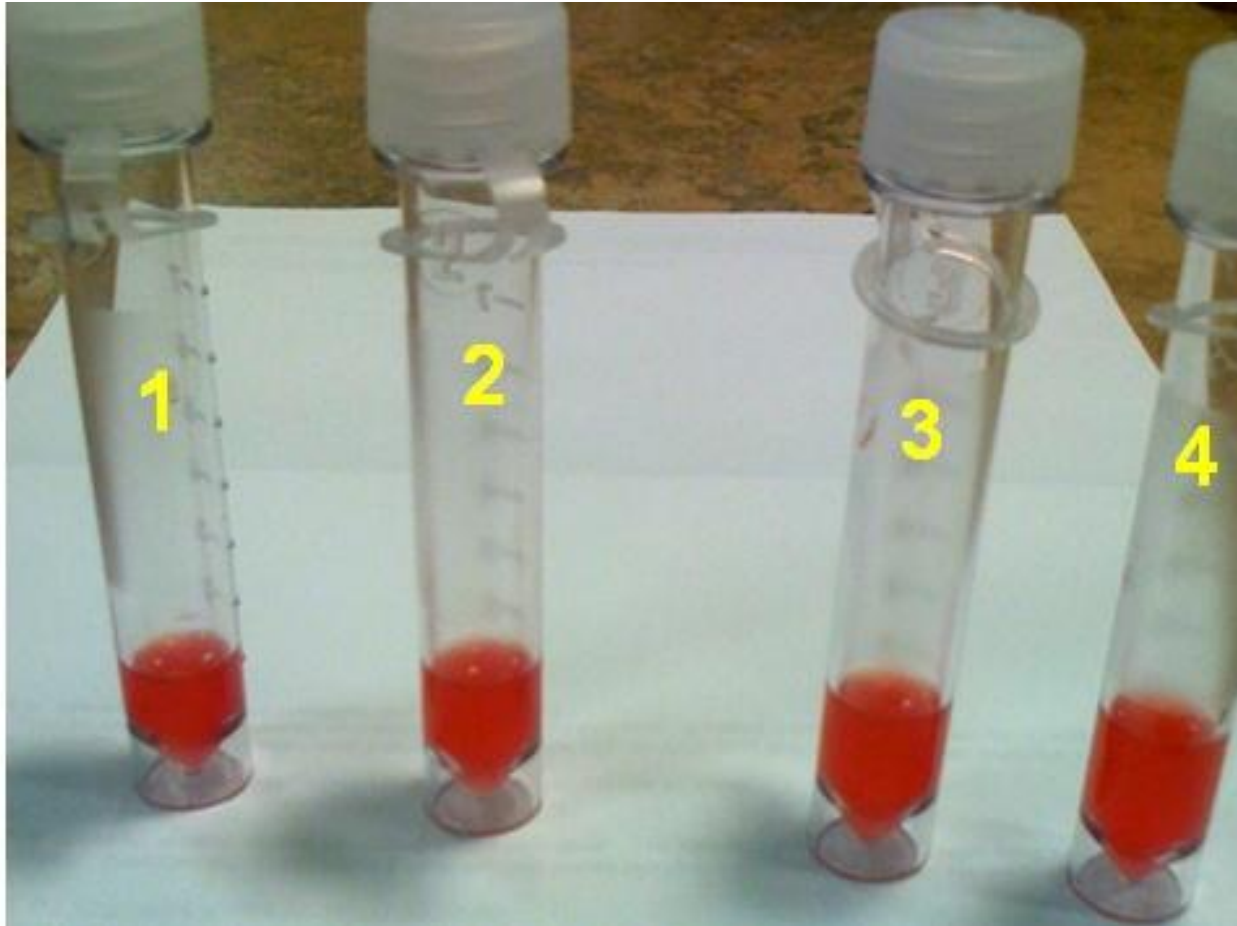




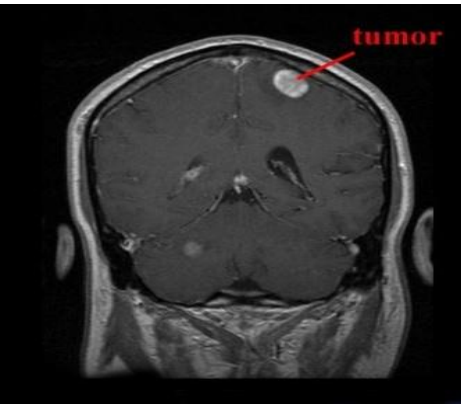
COURTESY DR. MICHAEL MURPHY/DR. ARUN NAGDEV

6) Preprocedural labeling. Clockwise from top left: probe in transverse orientation; midline marking over the spinous process; longitudinal orientation of probe with marking; prepuncture location.





کتر اندیکاسیون های پانکچر کمری:



□ وجود ضایعات توده ای در داخل جمجمه؟؟؟

مشخصات CSF :

– روشن و بی رنگ

– صورتی و خونی نشان از کوفتگی مغز، له شدگی و خونریزی زیر عنکبوتیه

– نمونه سریع ارسال شود.

– نمونه از نظر کشت، قند، پروتئین بررسی شود.



[illegible]

Table 2. CSF markers diagnostic power.

CSF markers	Cutoff*	Area under ROC curve	Sensitivity	Specificity	Positive predictive value	Negative predictive value
Glucose	30 mg/dL	.884	86%	90.5%	75%	95%
Cellularity	768/mL	.854	71.4%	90.5%	83%	91%
Lactate	49 mg/dL	.850	86%	90.5%	75%	95%
Polymorphonuclear	575/mL	.789	42.9%	90.5%	50%	67%
Protein	370.5 mg/dL	.663	28.6%	90.5%	25%	79%

*The cutoff values were chosen based on the highest sensitivity and specificity on ROC curve.



سردرد بعد از پانکچر کمری:

-خفیف تا شدید

-چند ساعت تا چند روز

عارضه شایع بعد از LP ???

-سردرد ضربان دار و دو طرفه پیشانی تا پشت سری است.

-دردی گنگ و عمیق است.

-نشسته و ایستاده شدید و در وضعیت سوپاین کمترین درد وجود دارد.

-در پانکچر بیش از ۲۰ سی سی باید ...

پرون پوزیشن داده شود.



Supine



Prone



سر درد :

- یکی از شایعترین علل مراجعه به اورژانس ها و مطب هاست.
- سر درد یک بیماری نیست بلکه یک علامت است.

علت سردرد:

تحریک گیرنده های حساس به درد در بافت های اطراف سر،
گردن و درون جمجمه

بیش از ۳۰۰ نوع بیماری ارگانیك در بروز سردرد مؤثر می باشند.
در ۹۷٪ موارد سردرد خوش خیم می باشد.



علل سردرد :

- عفونت (سینوزیت، اوتیت، فارنژیت، مننژیت)

- اختلالات عروقی (عروقی، خونریزی مغزی)

- ضربات سر

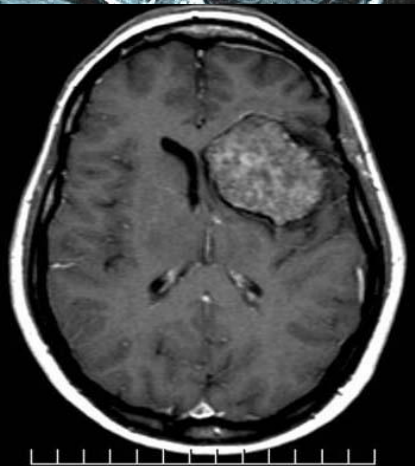
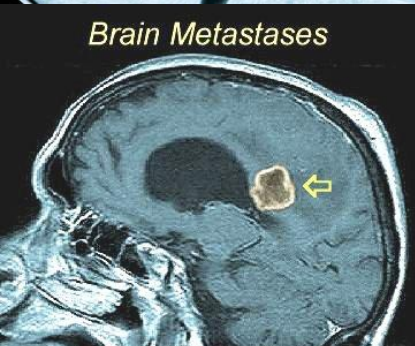
- توده های فضاگیر داخل جمجمه (تومور، آبسه)

- افزایش فشار داخل جمجمه بدایلی چون ...؟؟؟

- ضایعات گردن

- اختلالات متابولیکی (هیپوگلیسمی و اورمی)

- مسمومیت (هیپوکسی)





تشخیص سردرد

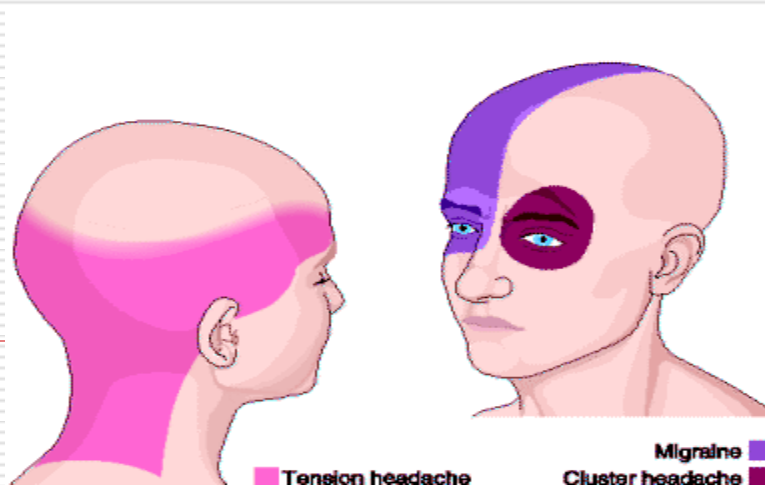
□ غالباً تست خاصی وجود ندارد.

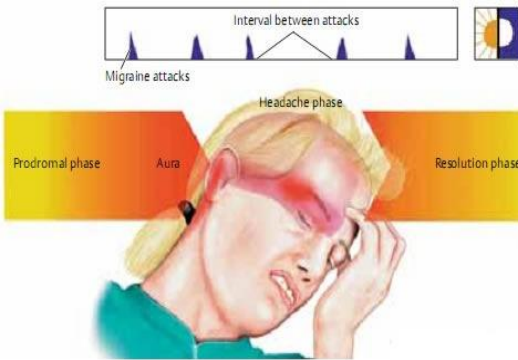
□ شایعترین علت سردرد:؟؟؟

-تروما

□ در نوجوانی علت دوم سردرد میگرن

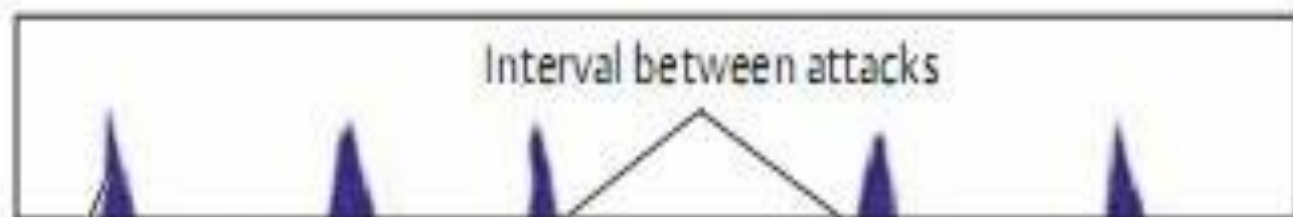
□ در پیری علت دوم سردرد سردرد عصبی و اختلالات عروقی





میگرن

- سردردهای راجعه با پیش درآمد خاص
- ۵ تا ۱۰٪ افراد جامعه مبتلا
- در زنان شایعتر (۲ تا ۳ برابر)
- ۵۰ تا ۷۰٪ موارد سابقه خانوادگی مثبت وجود ندارد.
- افزایش سروتونین قبل از حمله
- انقباض شریان کاروتید خارج جمجمه ای، اتساع شریان ها
- واکنش های التهابی موضعی استریل دردناک
- افت سروتونین
- درد ضربان دار و لرزشی



Migraine attacks

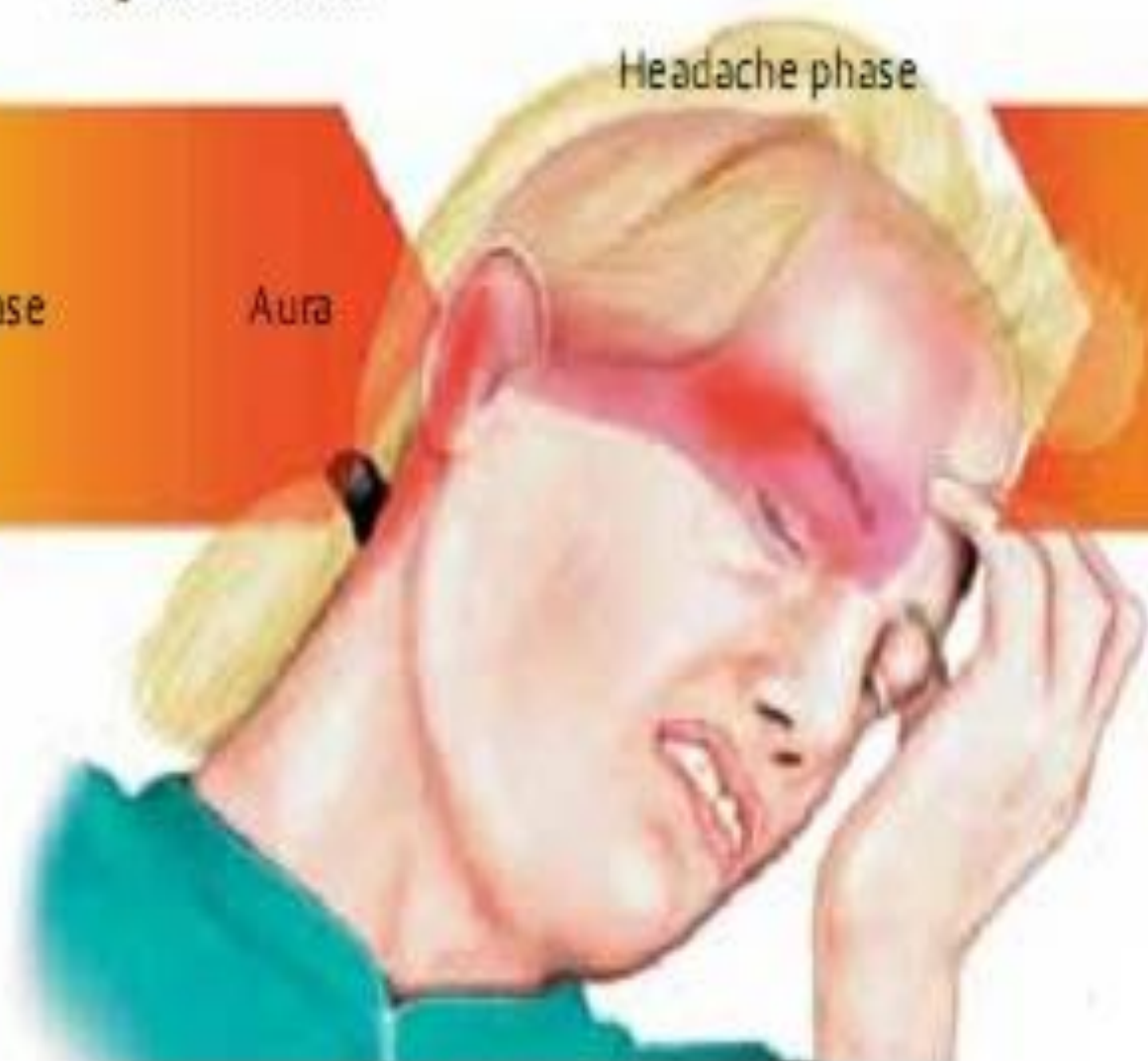


Headache phase

Prodromal phase

Aura

Resolution phase

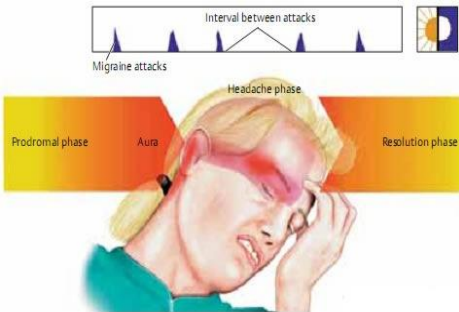


انواع میگرن

۱- میگرن کلاسیک ۲۰٪

۲- میگرن شایع ۷۰٪



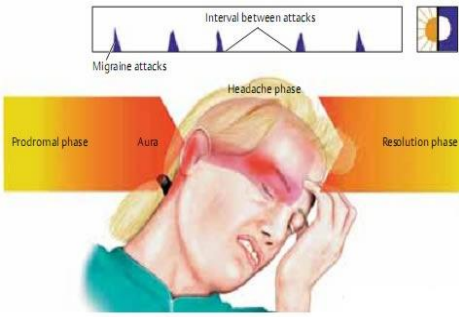


انواع میگرن

۱- مراحل میگرن کلاسیک:

الف: مرحله اولیه: در ۶۰٪ موارد نشانه هایی قبل از وقوع سردرد، افسردگی، احساس گرما، تحریک پذیری، بی اشتها، افزایش ادرار، تغییر وضعیت گوارشی

ب: مرحله اورا: در ۲۰٪ موارد (پیش درامدهای عصبی) اختلالات بینایی، کرختی، سوزش لب ها، ضعف یک اندام ایجاد انقباضات عروقی بدون درد که منجر به تظاهرات عصبی



انواع میگرن

۱- مراحل میگرن کلاسیک:

ج: مرحله سردرد: با کاهش سروتونین اتساع عروقی ایجاد شده و سردرد

سردرد یک طرفه و ضربان دار بین ۴۸ تا ۷۲ ساعت
فتوفویا، تهوع و استفراغ





Copyright Gill Knox









انواع میگرن

د: دوران بهبودی: مرحله آخر سردرد کلاسیک همراه با انقباض و درد عضلات گردن، پوست سر و حساسیت نقطه ای ممکن است بیمار نیاز به خواب داشته باشد.

۲- میگرن شایع:

-علائم متغیر

-اورا وجود ندارد.

-درد معمولاً دو طرفه است.

تشخیص و پیشگیری از میگرن



-متکی به علائم بالینی است.

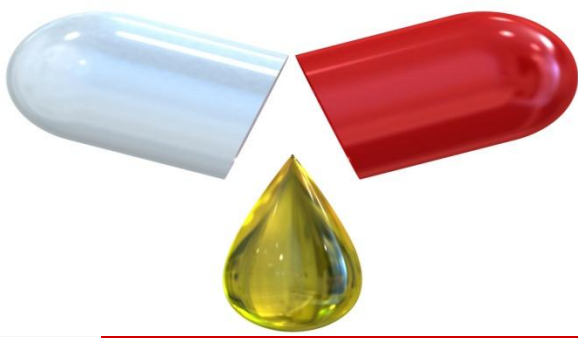
-سی تی اسکن و M.R.I هم برای رد تومور و آنوریسم
پیشگیری:

ایندراال با مهار اتساع عروقی در مغز
در بیماران مبتلا به آسم، دیابت و برادی کاردی مسدودکننده های
کانال کلسیم

والپروات سدیم

ضد افسردگی ها پیشگیری سطوح دوم





درمان میگرن

- آگونیست های گیرنده های سروتونین اختصاصی ترین عوامل ضد میگرن:

- ارگوتامین

- سوماتریتان

- دی هیدروارگوتامین

- ارگوتامین سی (کافرگات) : مؤثر در بیش از ۹۰٪ بیماران

دو قرص در ابتدا و سپس در صورت عدم پاسخ یک قرص هر نیم ساعت تا حداکثر ۶ عدد

مکانیسم دارو با انقباض عروقی است.



درمان میگرن

-ارگو تامین سی (کافرگات)

کنتر اندیکاسیون ها:

بیماران ایسکمی قلبی

افراد مسن

ترومبوفلیت

بیماران کلیوی

بیماران کبدی

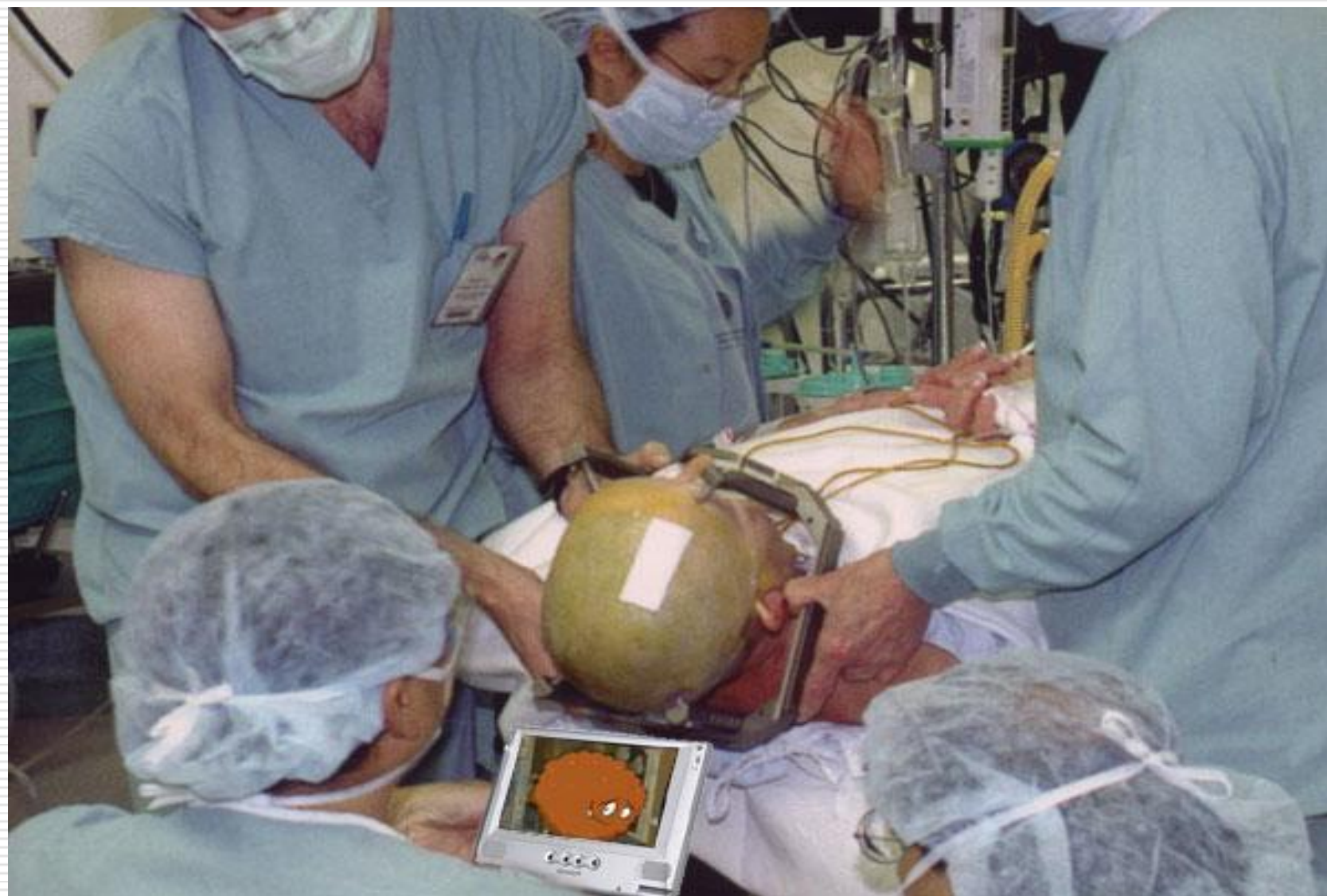
حامله

کورتون در حالت های شدید میگرن کاربرد دارد.









مراقبت و درمان میگرن



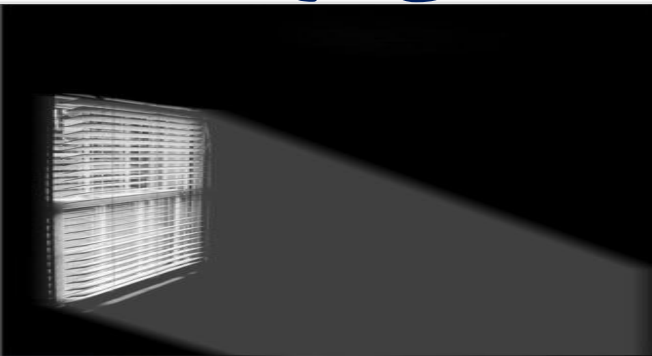
-مصرف دارو تا حداقل ۳ تا ۶ ماه برای پروفیلاکسی

-عوامل شروع کننده سردرد باید معرفی شوند.

پنیر کهنه، فراورده های شیر، غذاهای حاوی نیتريت، هیجان،
استحمام طولانی، بی خوابی، ضعف و خستگی، OCP، کاهش قند
خون و برخی موارد مصرف کاکائو

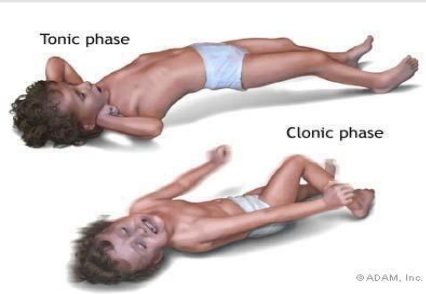
-مصرف سریع دارو در زمان شروع حمله

-استراحت در محیط ساکت، تاریک با بالا بردن اندکی سر





پیگیری سردرد در صورتی که همراه با:



– بروز صرع با سردرد

– سردرد پیشرونده

– سردرد با ادم پایی چشم

– سردرد با استفراغ جهنده؟؟؟

– سردرد با علایم یک طرفه بدن

– سردرد صبح که با مانور والسالوا تشدید می شود.



سرگیجه و ورتیگو

سرگیجه: (Dizziness)

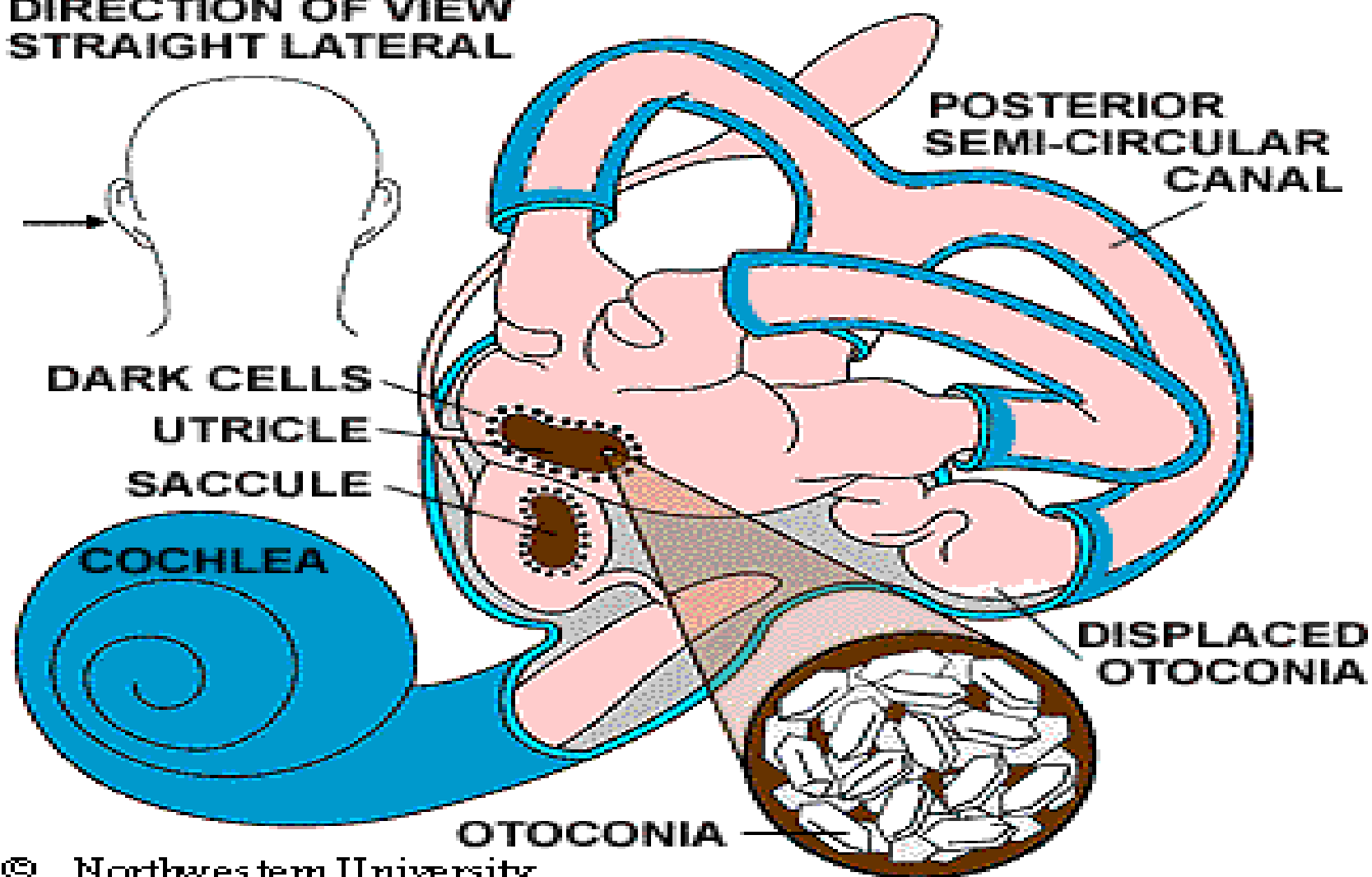
- نوعی احساس غیر طبیعی حرکت یا عدم تعادل
- شایع در افراد سالخورده
- علل: سندرم های ویروسی، گرما، اوتیت مدیا، شهربازی و ترن



Vertigo: (سرگیجه حقیقی)

- نوعی خطای حسی مبنی بر داشتن حرکت پرخشی یا دورانی
- معمولاً بدنبال اختلال عملکرد دهلیز گوش
- گاهاً با عدم حفظ تعادل و تهوع و استفراغ

**DIRECTION OF VIEW
STRAIGHT LATERAL**



صرع



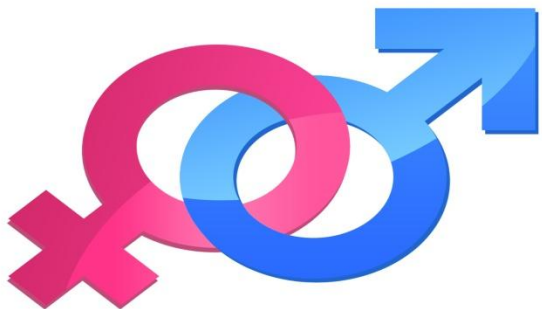
- یک بیماری مزمن با تخلیه ناگهانی و شدید الکتریکی مغز
- وقوع تشنج بیش از یکبار (تشنج عود کننده)
- همراه با تغییرات سطح هوشیاری، حرکات غیر ارادی
- شایع

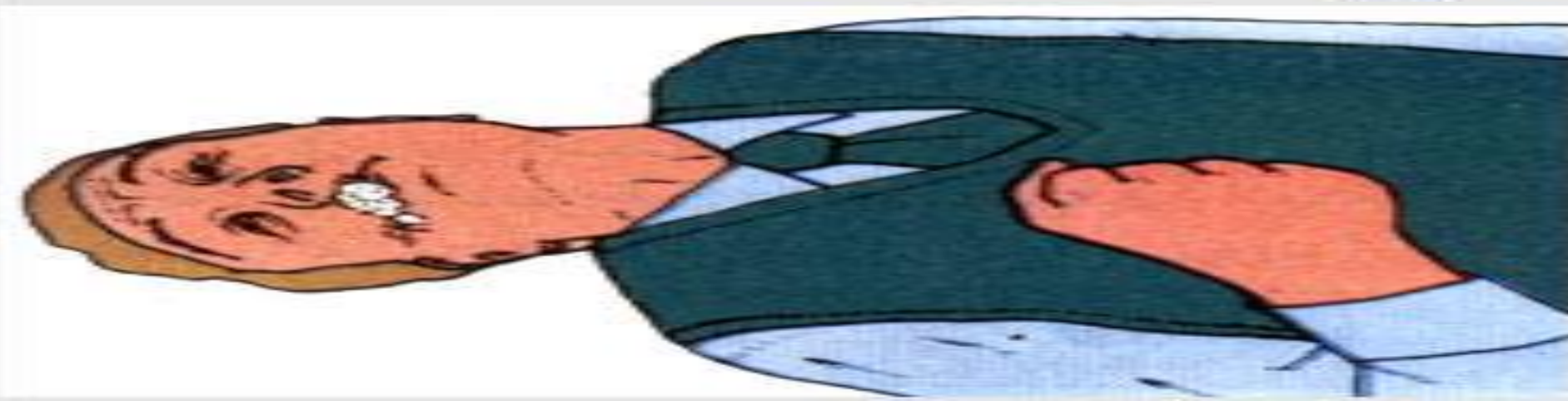
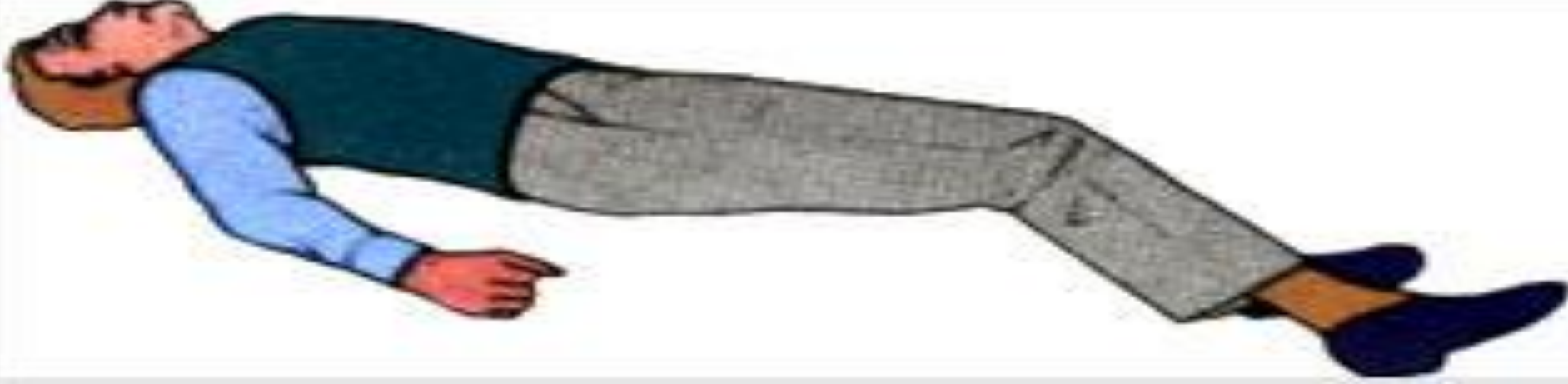
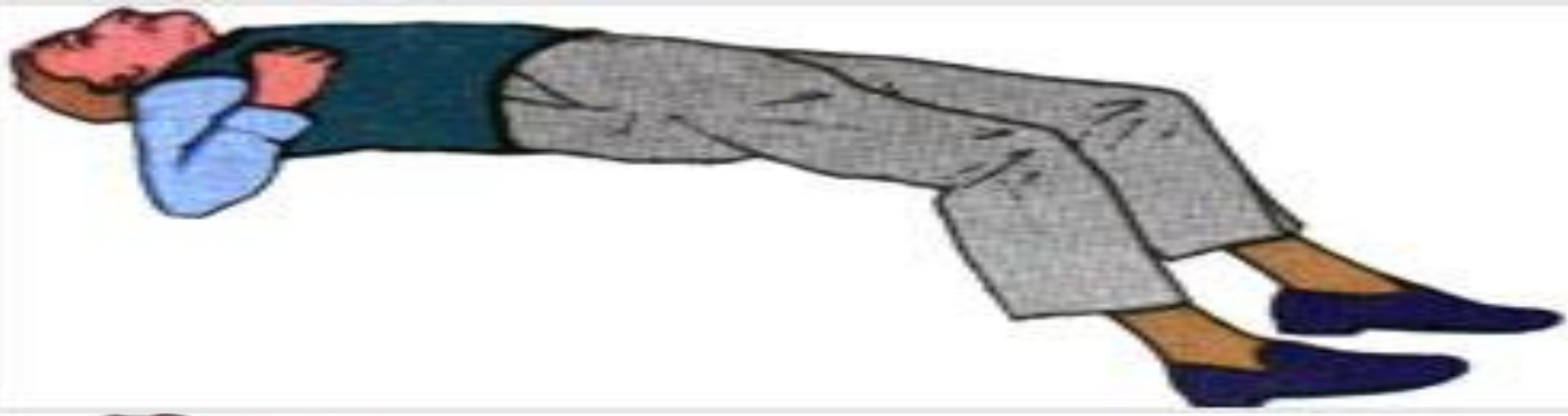
- ۷ تا ۹ نفر از هر هزار نفر مبتلا

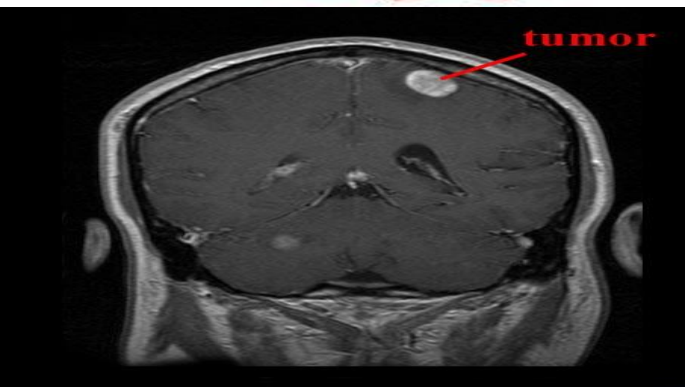
- در بیش از ۷۵٪ موارد تا قبل از ۲۰ سالگی بروز می کند.

- در همه سنین

- در هر دو جنس دیده می شود.







علل صرع

- ۷۵٪ موارد ناشناخته

- آنوکسی مغزی

- هیپوگلیسمی

- اختلال در کلسیم

- دهیدراتاسیون

- تب ???

- آبسه و عفونت مغزی

- همتوم مغزی

- تروما

- تومور مغزی

انواع صرع

۱- صرع ژنرالیزه:

- صرع کوچک

- صرع گراند مال - تونیک کلونیک

- صرع تونیک

- صرع کلونیک

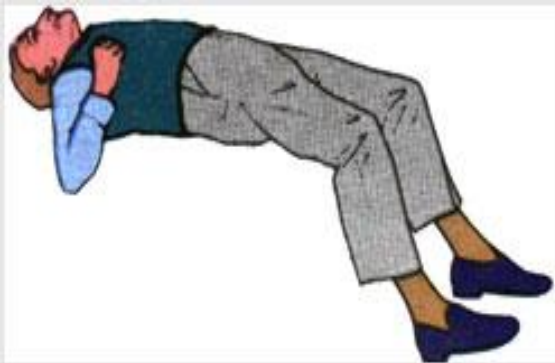
- صرع آتونیک

Tonic phase

Clonic phase

© ADAM, Inc.

انواع صرع



۲- صرع کانونی:

-صرع کانونی ساده

صرع کانونی مرکب

۳- صرع تونیک کلونیک

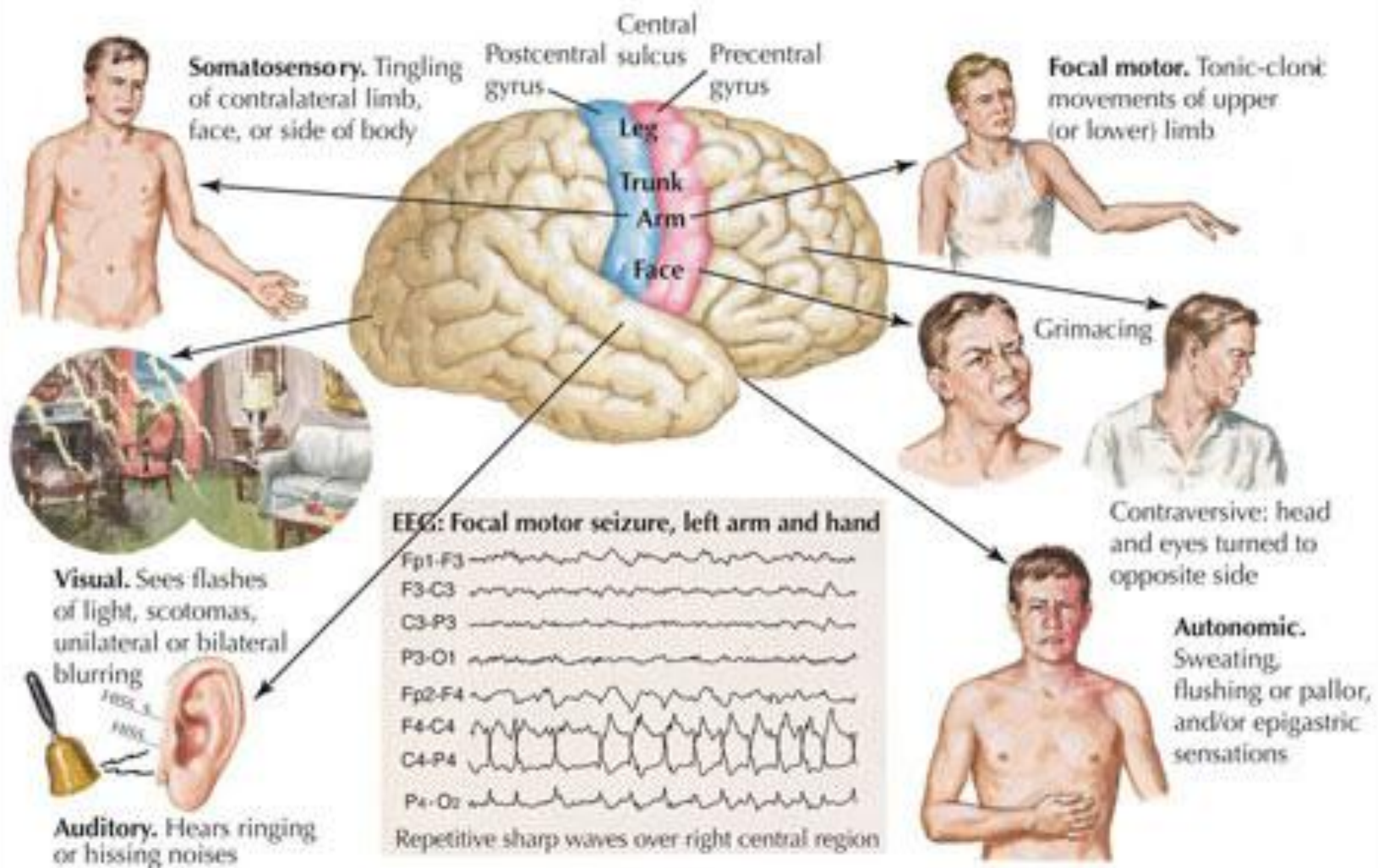
۴- انواع طبقه بندی نشده

-تشنج ناشی از تب

-هیستریک



Simple Partial Seizures



انواع صرع

صرع کوچک:

- ضعف ناگهانی و از دست رفتن هوشیاری
- با یا بدون حملات تونیک کلونیک
- ۱۰ تا ۲۰ ثانیه اختلال در فعالیت های ارادی
- شایع در دوران نوجوانی
- تشخیص با EEG
- درمان: والپروات سدیم، اتوسوکساماید



انواع صرع



صرع بزرگ: (گراندمال)

–شایعترین و ناراحت کننده ترین نوع صرع بوده

–با از دست دادن کامل هوشیاری

–تشنجات تونیک و کلونیک

–اورا aura (در ۵۰٪ افراد-بوی خاص، لکه های دید، اختلال حس)

–داد و فریاد

–سقوط

–بی اختیاری ادرار و مدفوع





یافته های تشخیصی

□ تاریخچه و شرح حال

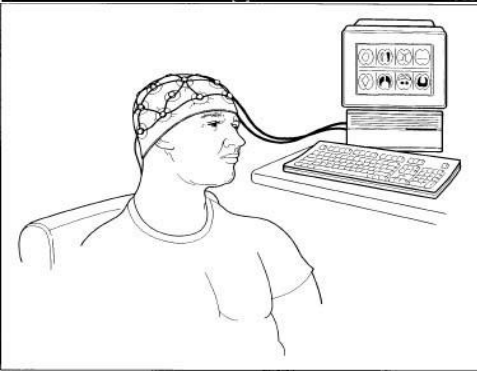
□ معاینه فیزیکی

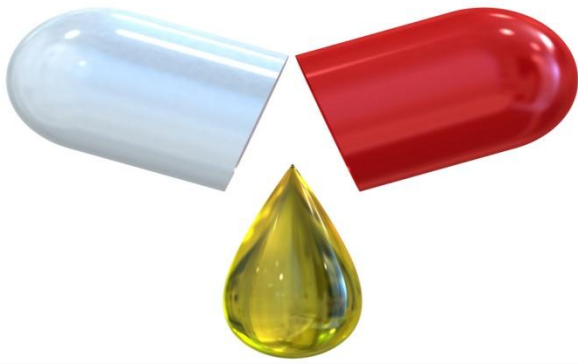
□ تست های بیوشیمی

□ انجام سی تی اسکن مغزی Brain CT Scan

□ Brain M.R.I

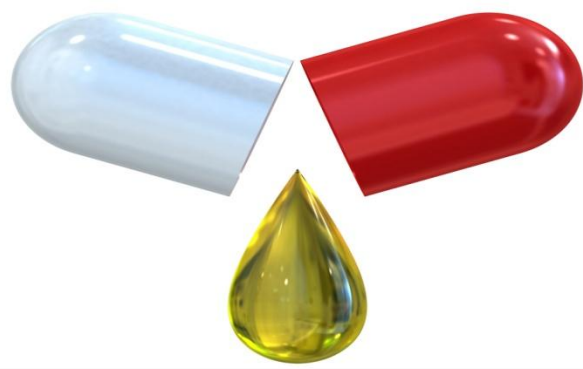
□ EEG





درمان صرع

- درمان صرع ساده نیست.
- درمان در هر فرد متفاوت از فرد دیگر می باشد.
- مصرف منظم و سروزه داروها نکته مهم درمانی است.
- کاربامازپین
- فنوباریتال (در کودکان بدلیل اثرات هوشی ممنوع)
- فنی توئین (از جمله قوی ترین داروهای ضد صرع در صرع گرنندمال)
- اتوسوکسامید (از جمله بهترین داروهای ضد صرع در صرع کوچک)



درمان صرع

□ در صورت عدم دریافت پاسخ درمانی مناسب و یا ایجاد اثرات سمی با افزایش دوز درمانی باید دارو تعویض شود.
اثرات سمی بر سیستم کلیوی و کبد

عوارض جانبی داروها شامل:

- ۱- اختلالات ایدیوسنکراتیک (پوستی)
 - ۲- مسمومیت حاد در شروع مصرف دارو
 - ۳- مسمومیت مزمن در مراحل آخر درمان
- جراحی: تومورهای مغزی، آنومالی های مغزی
-

درمان صرع

□ اکسیژن تراپی

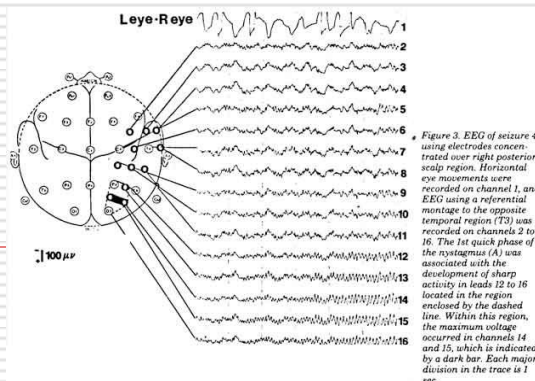
□ تجویز وریدی دیازپام

□ تزریق وریدی فنی توئین

□ تجویز دارو و توصیه به ادامه درمان

□ پایش مداوم بیمار با EEG

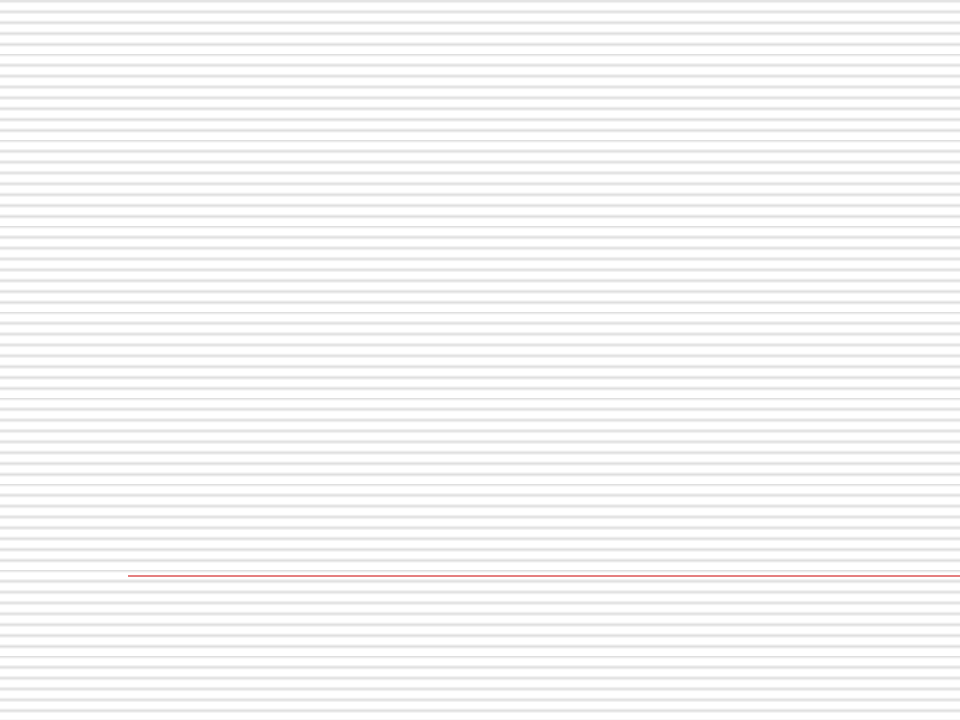
□ چکاب مرتب بیمار و ویزیت دوره ای بیماران





مراقبت از صرع

- گرفتن همکاری بیمار و خانواده بیمار
- مصرف منظم داروها
- شناسایی عوامل مستعد کننده (قاعدگی، تب، استرس)
- شناسایی اورا؟؟؟
- پرهیز از تحریک نوری، بی خوابی، فعالیت فیزیکی شدید
- قطع ناگهانی دارو منجر به ایجاد تشنج می شود.
- رعایت بهداشت دهان ماساژ لثه و جلوگیری از هیپرپلازی لثه
- داشتن الگوی منظم خواب فعالیت



Recovery Position

Stage 1



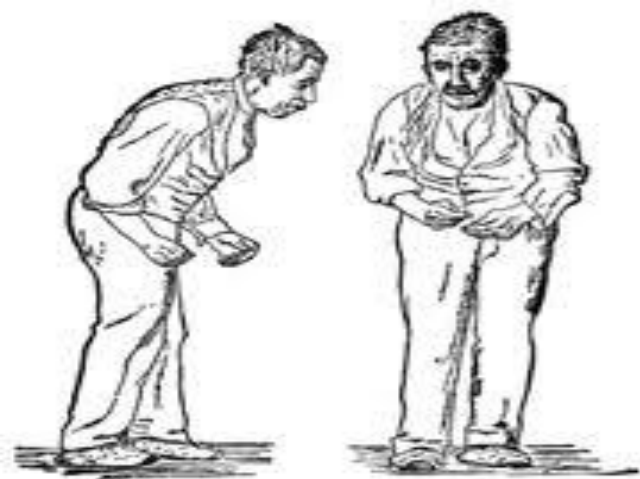
Stage 2



Stage 3



پارکینسون



□ نوعی اختلال پیشرونده و دژنراتیو مغزی

□ درگیری مراکز حرکتی در مغز

□ شایع در سنین ۵۰ تا ۶۰ سالگی

□ دومین بیماری عصبی شایع در سالمندان

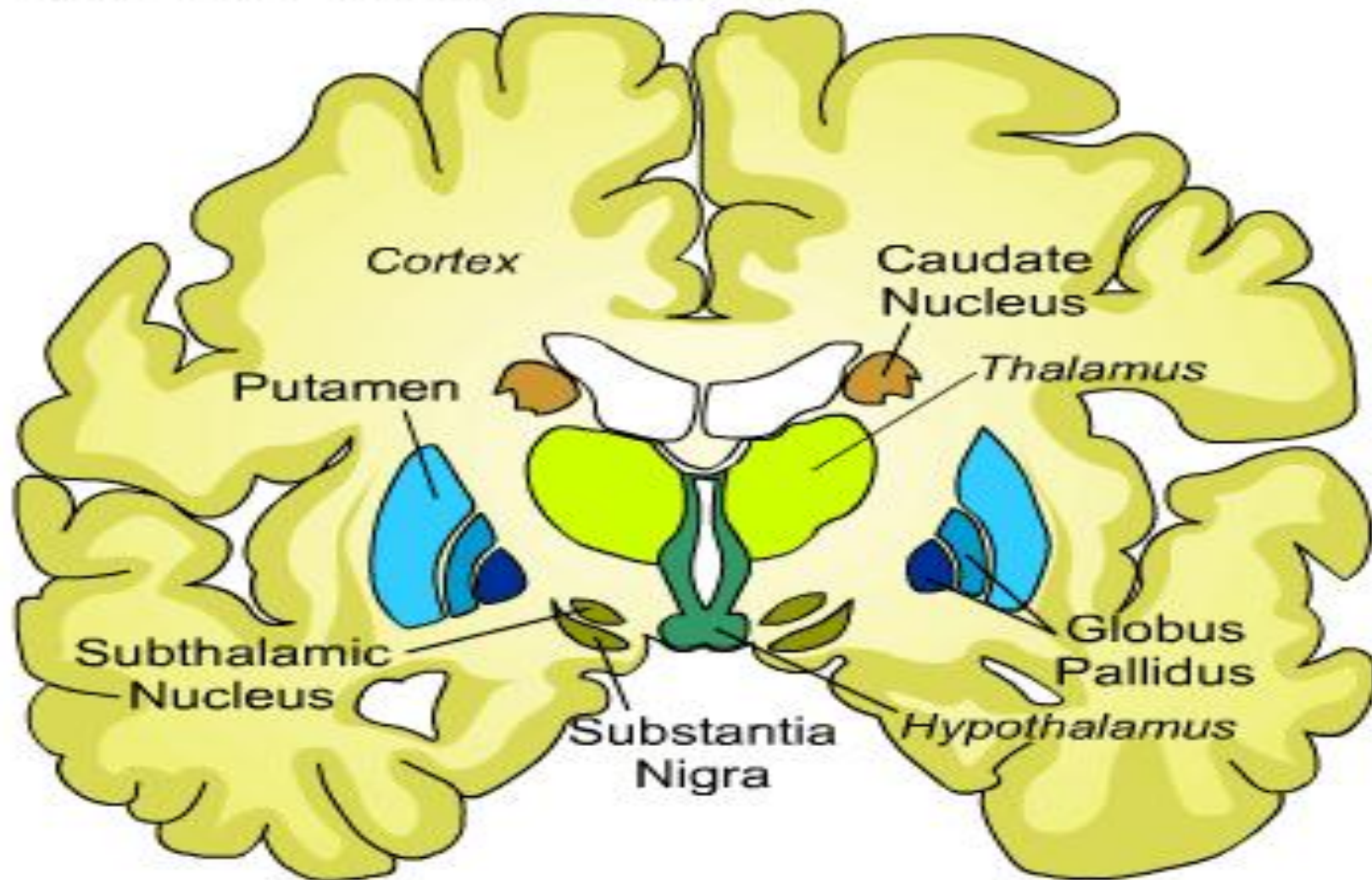
□ تخریب هسته های قاعده ای مغز و کاهش دوپامین مغز

□ دوپامین اثرات مهارى حرکتی دارد.

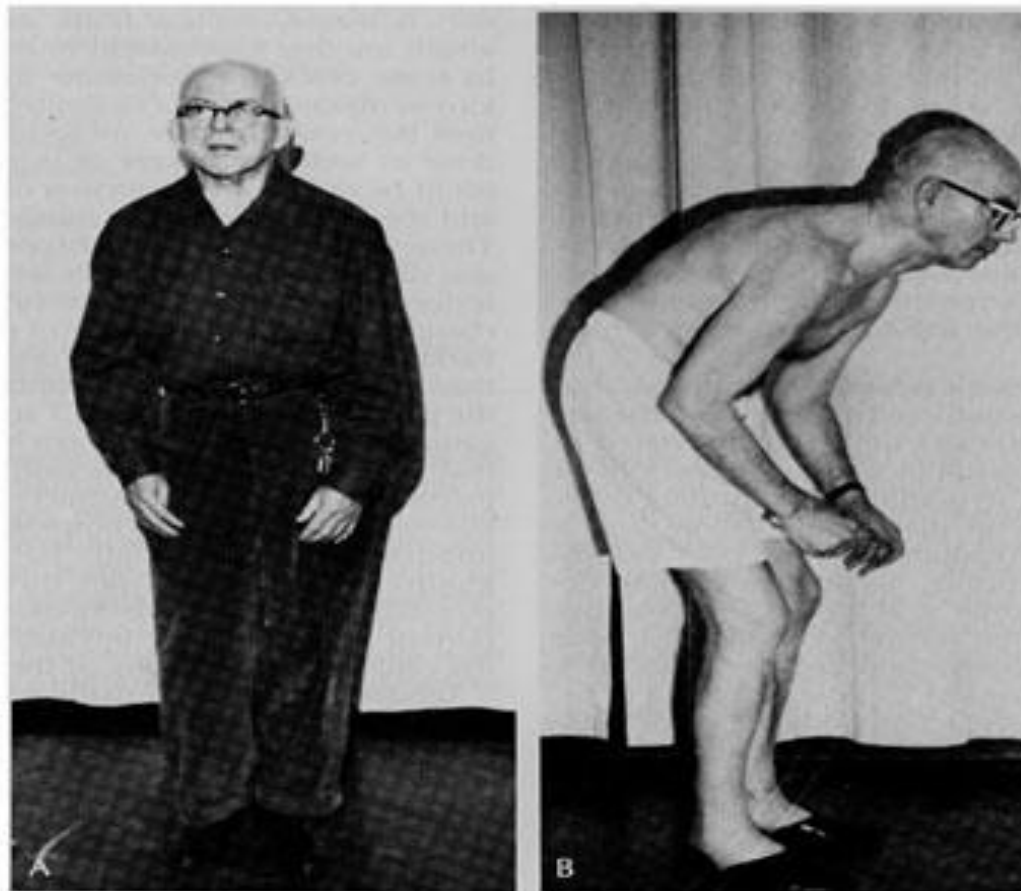
□ علت اصلی مشخص نیست.

□ ژنتیک، آترواسکروزیز، عفونت، ضربه به سر، آنتی سایکوتیک ها

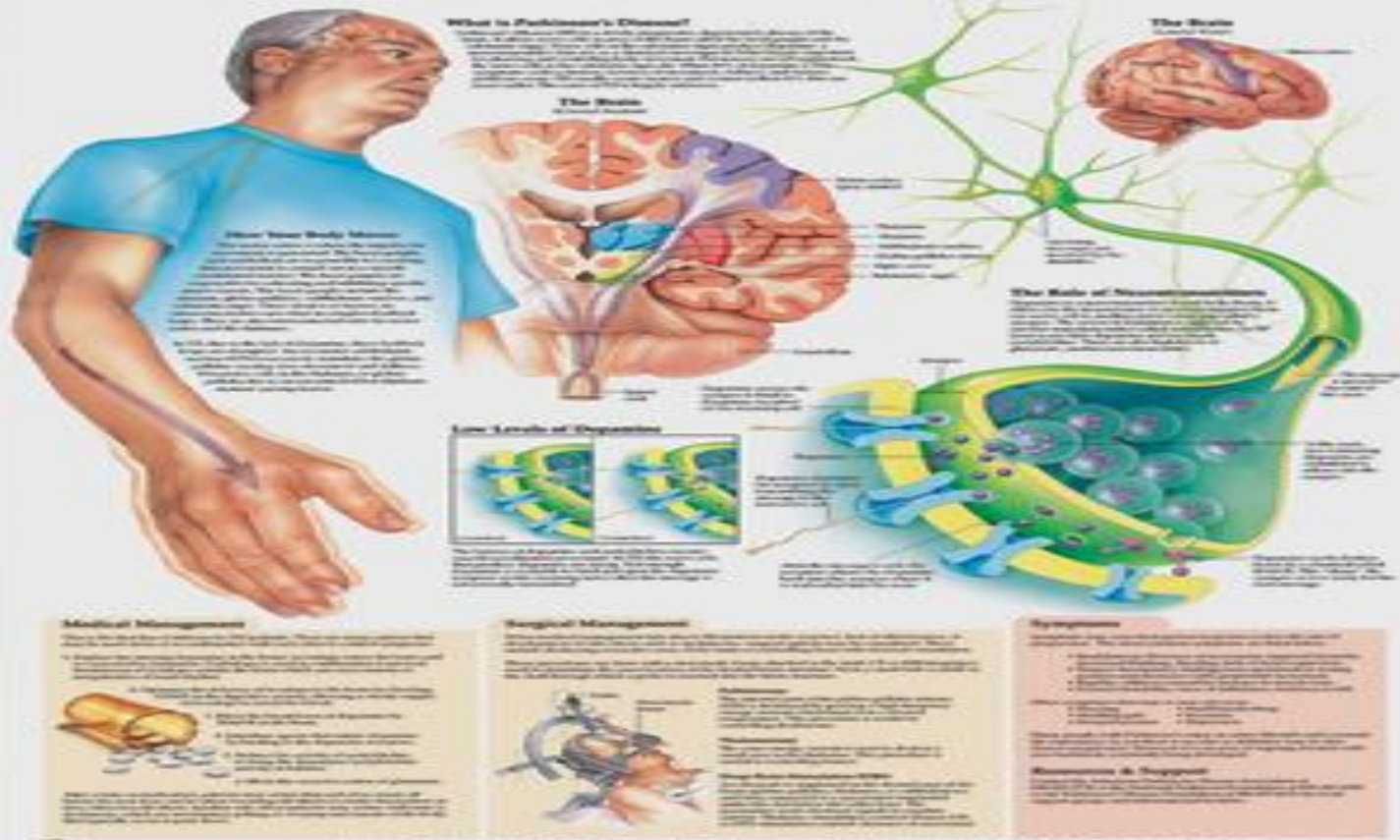
Figure AB-18: Basal Ganglia

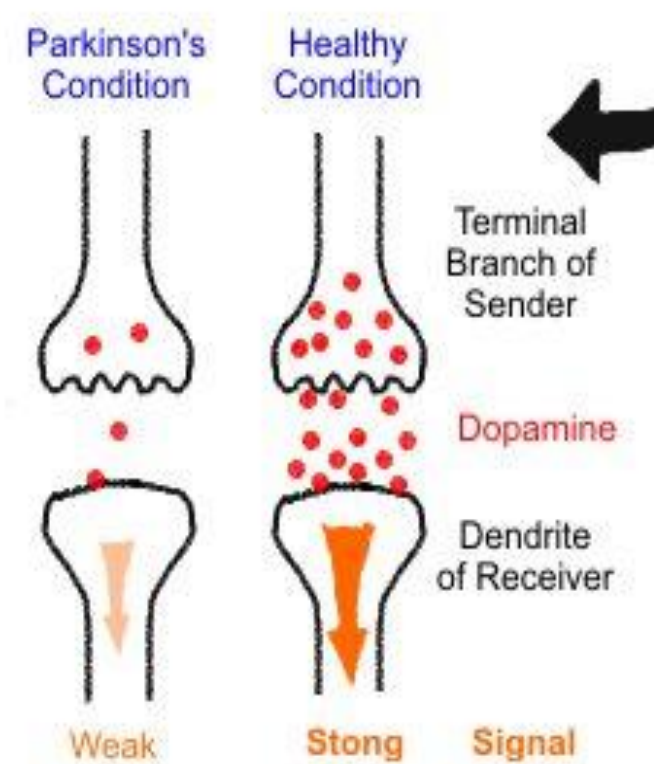
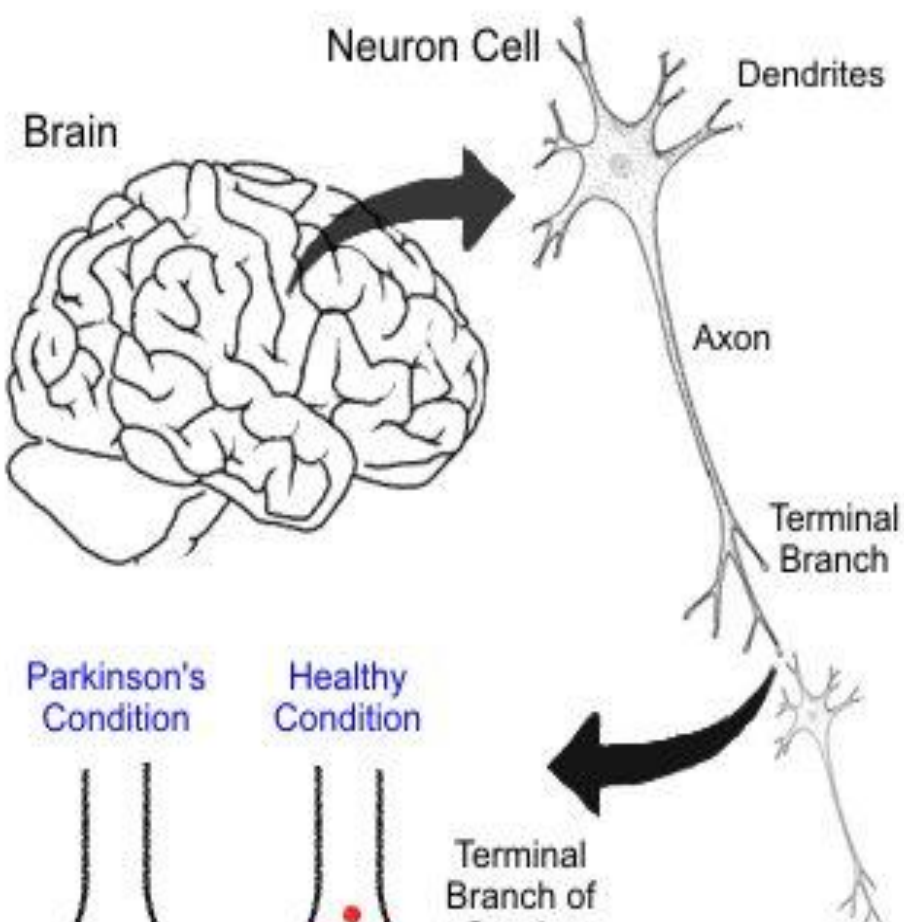


Parkinson's Disease

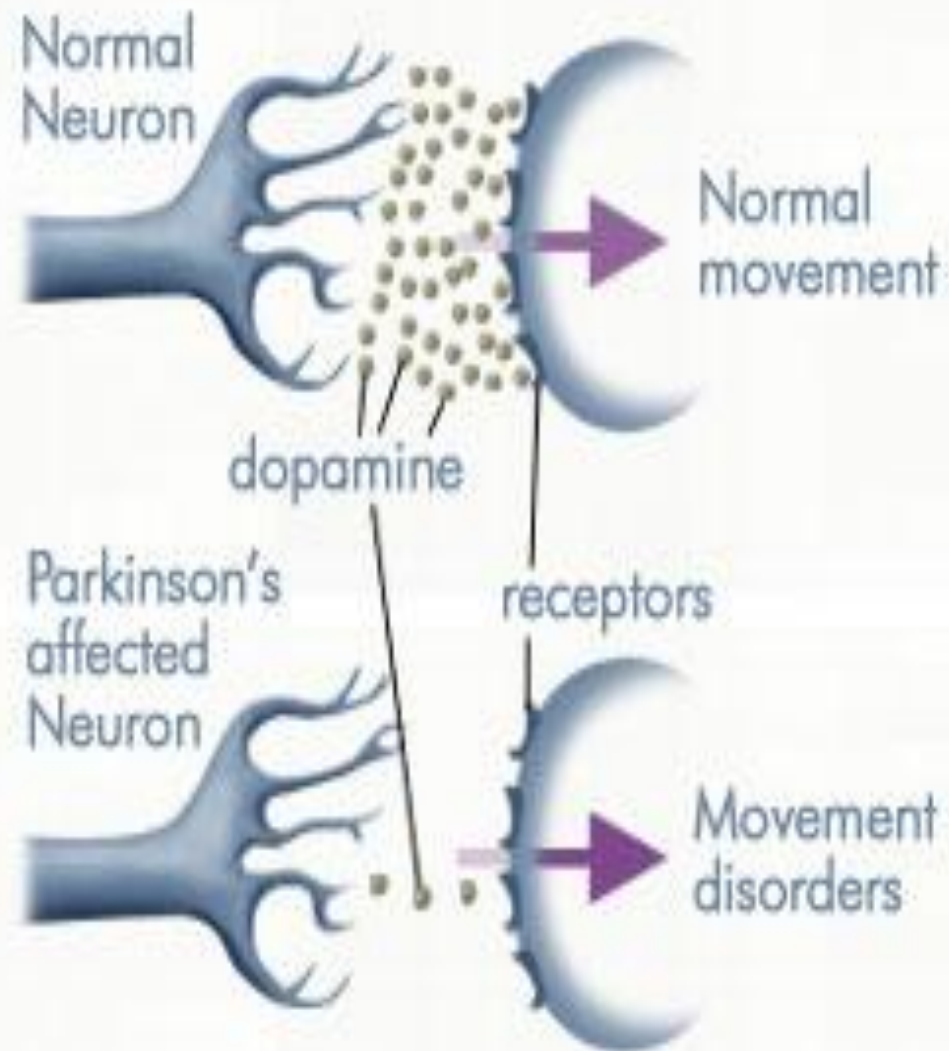


UNDERSTANDING PARKINSON'S DISEASE

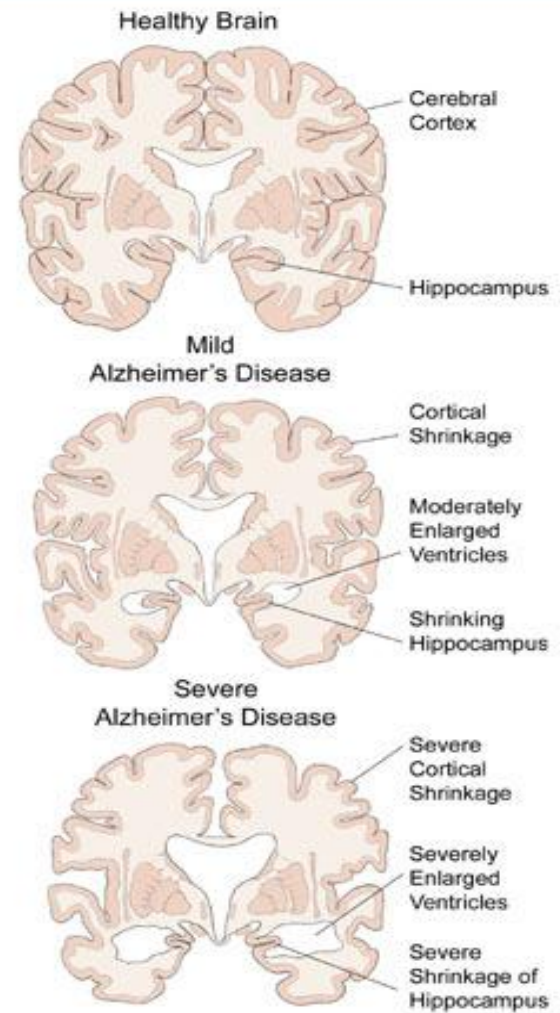
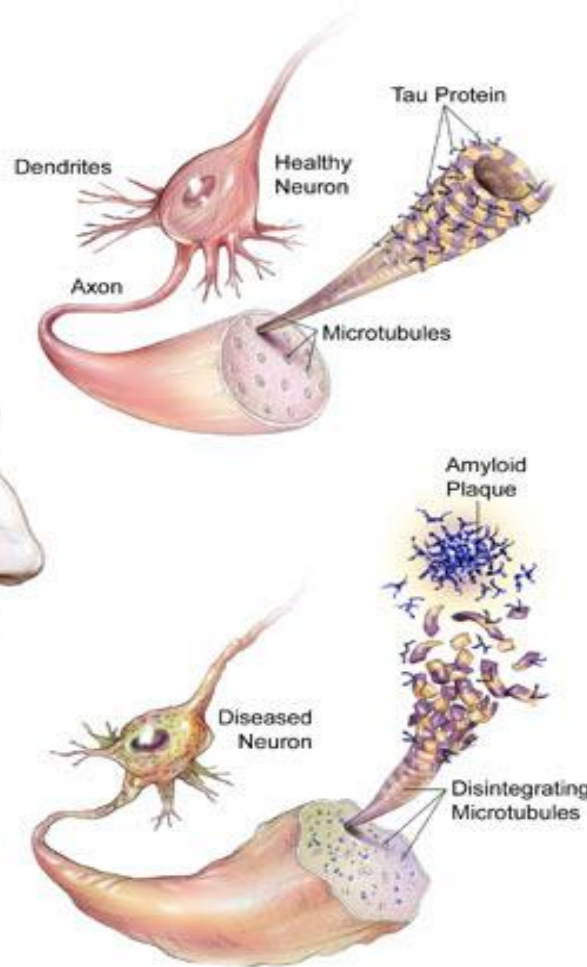
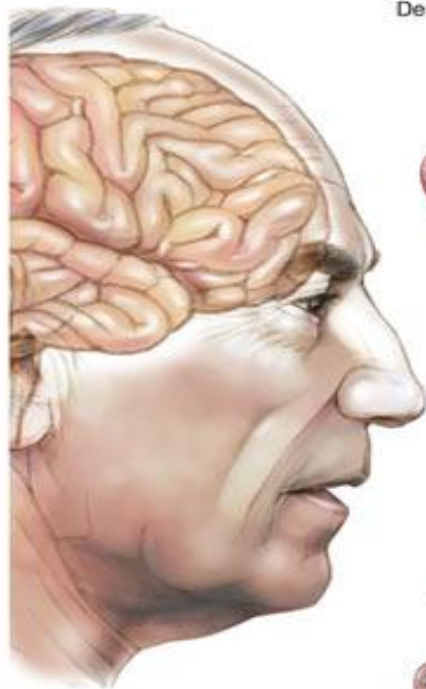




Dopamine levels in a normal and a Parkinson's affected neuron.



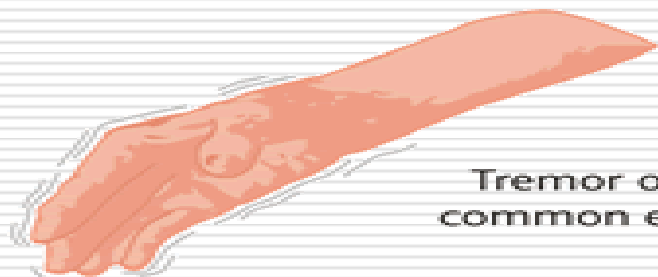






علائم پارکینسون

- ☐ تریاد پارکینسون؟؟؟
- ☐ کندی همه حرکات، سفتی اندام ها (چرخ دنده ای) و ترمور
- ☐ طرز راه رفتن؟؟؟
- ☐ صورت ماسکه
- ☐ گام های بیماران کوتاه است.
- ☐ علائم اتونوم: تعریق، هیپوتانسیون، احتباس مثانه، یبوست
- ☐ اختلالات خواب و افسردگی



Tremor of one hand is a
common early sign of PD



Tremor often improves
or disappears with
purposeful function



JAMES CAVALLINI/PHOTO RESEARCHERS, INC.

Parkinson's Disease



⇒ Signs

- ⇒ Akinesia (RT, initiation)
- ⇒ Bradykinesia (MT, slow)
- ⇒ Rigidity
- ⇒ Tremor
- ⇒ Postural instability, difficulty multi-tasking, sleep difficulties, cognitive deficits.

⇒ Cause

- ⇒ Denervation of DAergic neurons in SNpc
- ⇒ Loss of DA in striatum



Cut section of the midbrain where a portion of the substantia nigra is visible



Substantia nigra



Diminished substantia nigra as seen in Parkinson's disease



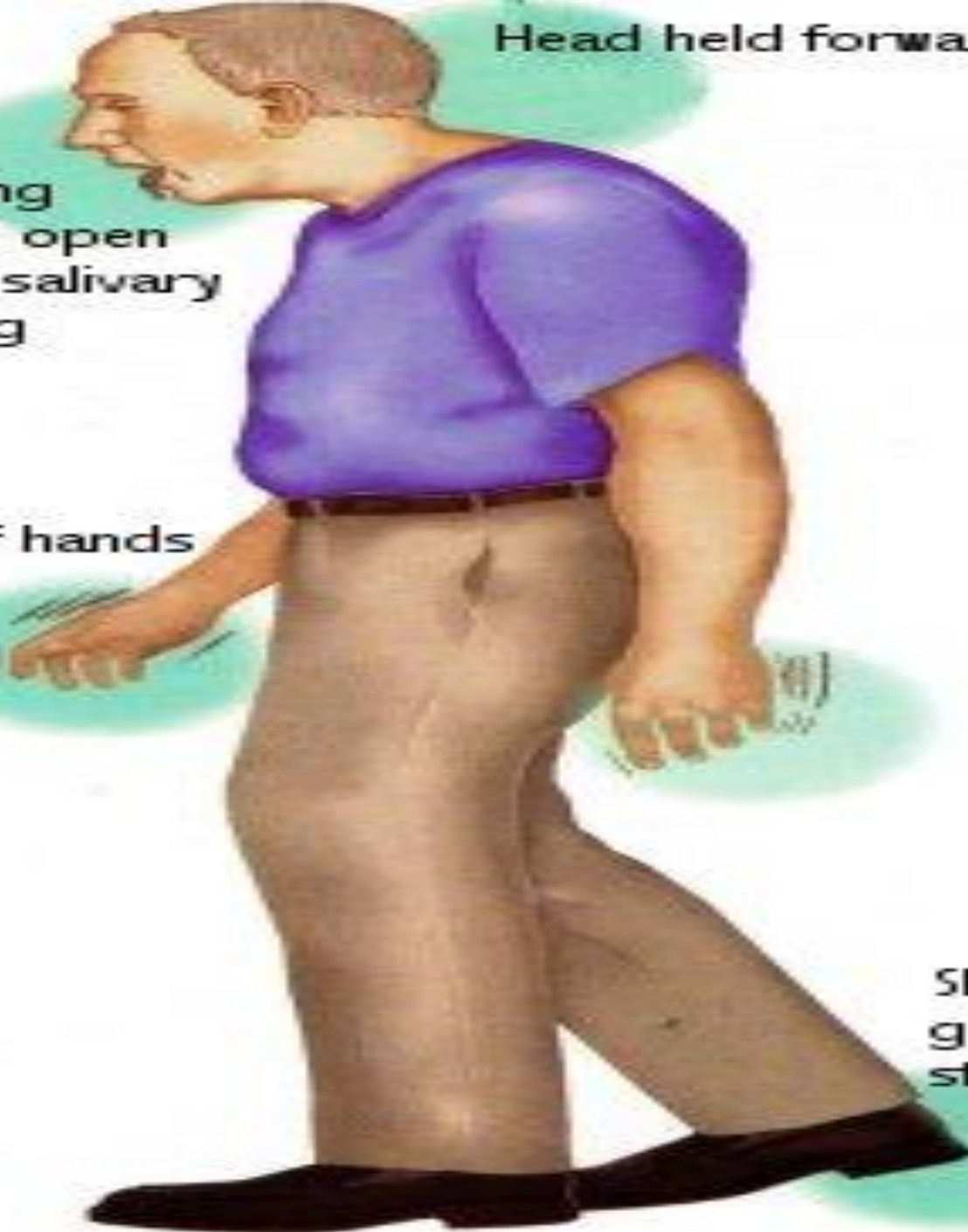
ADAM.

Head held forward

Drooping
eyelids, open
mouth, salivary
drooling

Tremor of hands

Slow, shuffling
gait, short
steps



Rigidity and
trembling of head

Forward tilt
of trunk

Reduced arm
swinging

Rigidity and
trembling of
extremities

Shuffling gait
with short
steps





یافته های تشخیصی



□ تاریخچه و شرح حال

□ معاینه فیزیکی

□ تست های بیوشیمی

□ انجام سی تی اسکن مغزی Brain CT Scan

□ Brain M.R.I

□ دو علامت از سه علامت کمک به تشخیص می کند.

□ بررسی میزان برداشت لوودوپا

درمان پارکینسون

□ درمان قطعی وجود ندارد.

□ داروها از دو مکانیسم اثر میگذارند.

-افزایش فعالیت دوپامینرژیک

-کاهش فعالیت کولینرژیک

□ تری هگزیل فنیدیل (آرتان)

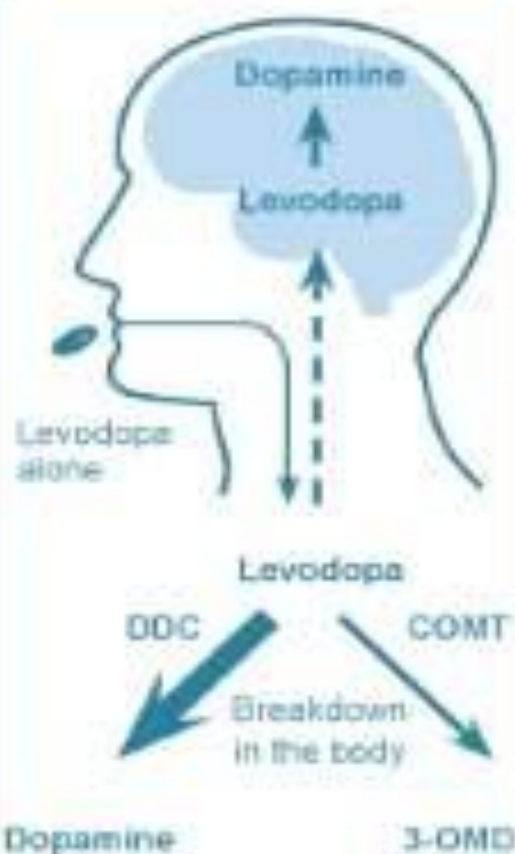
□ بی پریدین در کنترل ترمور و سفتی عضلات

□ آمانتادین ضد ویروس، برای کاهش ترمور، سفتی و کندی

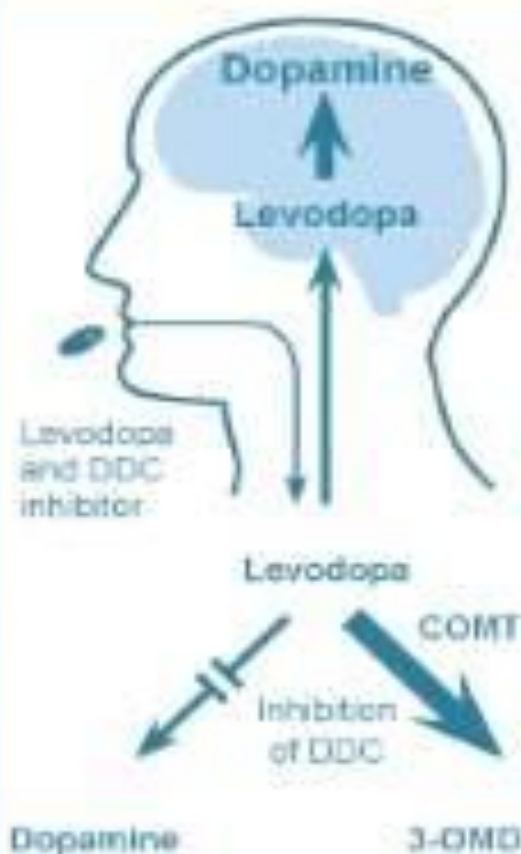
حرکات - آزاد شدن دوپامین

□ بروموکرپیتین ، آگونست دوپامین

Levodopa alone



Levodopa and DDC inhibitor



Levodopa, DDC inhibitor and COMT inhibitor





درمان پارکینسون

- سلزیلین: مهار کننده های مونوآمینواکسیداز-مهار تجزیه دوپامین
- ضد افسردگی های سه حلقوی
- آنتی هیستامین ها: دیفن هیدرامین جهت کاهش ترمور
- درمان جراحی
- تالاموتومی و پالیدوتومی
- تخریب مسیرهای عصبی و تسکین ترمور وسفتی عضلات
- تحریک تالاموس با الکتروود کاشتنی جهت کاهش ترمور



مراقبت از پارکینسون

- بهبود تحرک جسمانی: ورزش منظم، قدم زدن، شنا، باغبانی
- بهبودی برقراری ارتباط: استفاده از کلمات کوتاه، داشتن تنفس عمیق قبل از تکلم، لب خوانی و گفتار درمانی
- تأمین تغذیه کافی: کمبود کالری مشکل عمده بیماران، غذاها باید نیمه جامد یا مایعات غلیظ باشند و در وضعیت نشسته غذا بخورند. مصرف فیبر برای کاهش یبوست، ماساژ عضلات صورت و گردن قبل از غذا به بلع راحت تر کمک می کند.
- تقویت فعالیت های مراقبت از خود
- افزایش توان سازگاری و تعامل با دیگران



Communication



کره هانتینگتون

- یک بیماری تحلیل برنده

- ارثی

- آتروفی تالاموس، ساقه مغز، هسته های دم دار مغز با کاهش GABA

- شایع در میانسالی و سنین ۴۰ تا ۵۰ سالگی

- حرکات کره در سر و گردن و تنه و اندام هاست.

- زوال عقلی پیشرونده

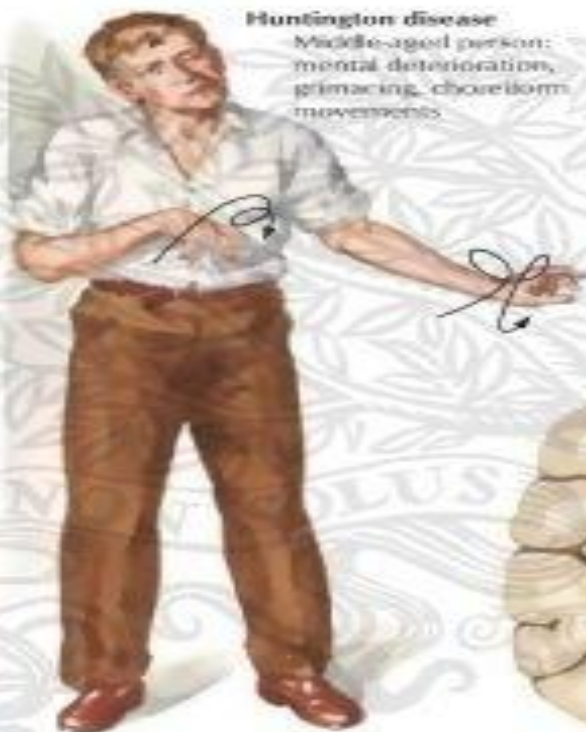
- اختلالات شخصیتی، خلقی، روانی

- افسردگی و خودکشی

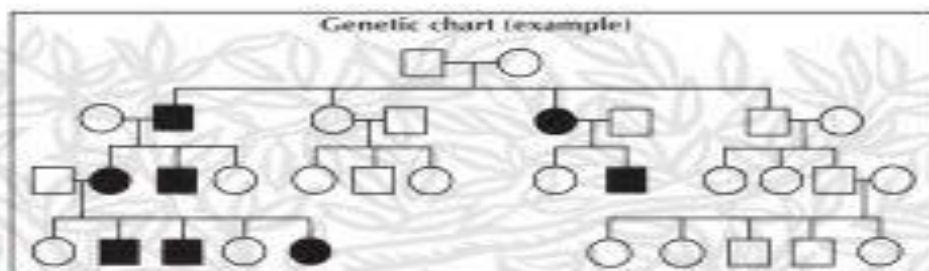
Chorea

Huntington disease

Middle-aged person;
mental deterioration,
grimacing, choreiform
movements



Genetic chart (example)



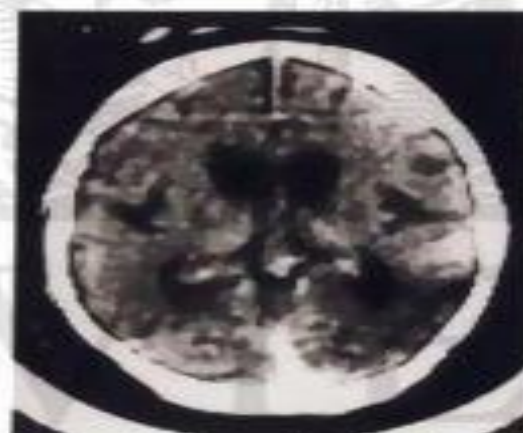
Young woman exhibiting
choreiform movements

Differential diagnosis

Sydenham chorea
Lupus erythematosus
Chorea gravidarum
Drug effects



Degeneration and atrophy of caudate
nucleus and cerebral cortex, with
resulting enlargement of ventricles



CT scan of brain: atrophy of caudate
nucleus and enlargement of ventricles

F. Netter M.D.

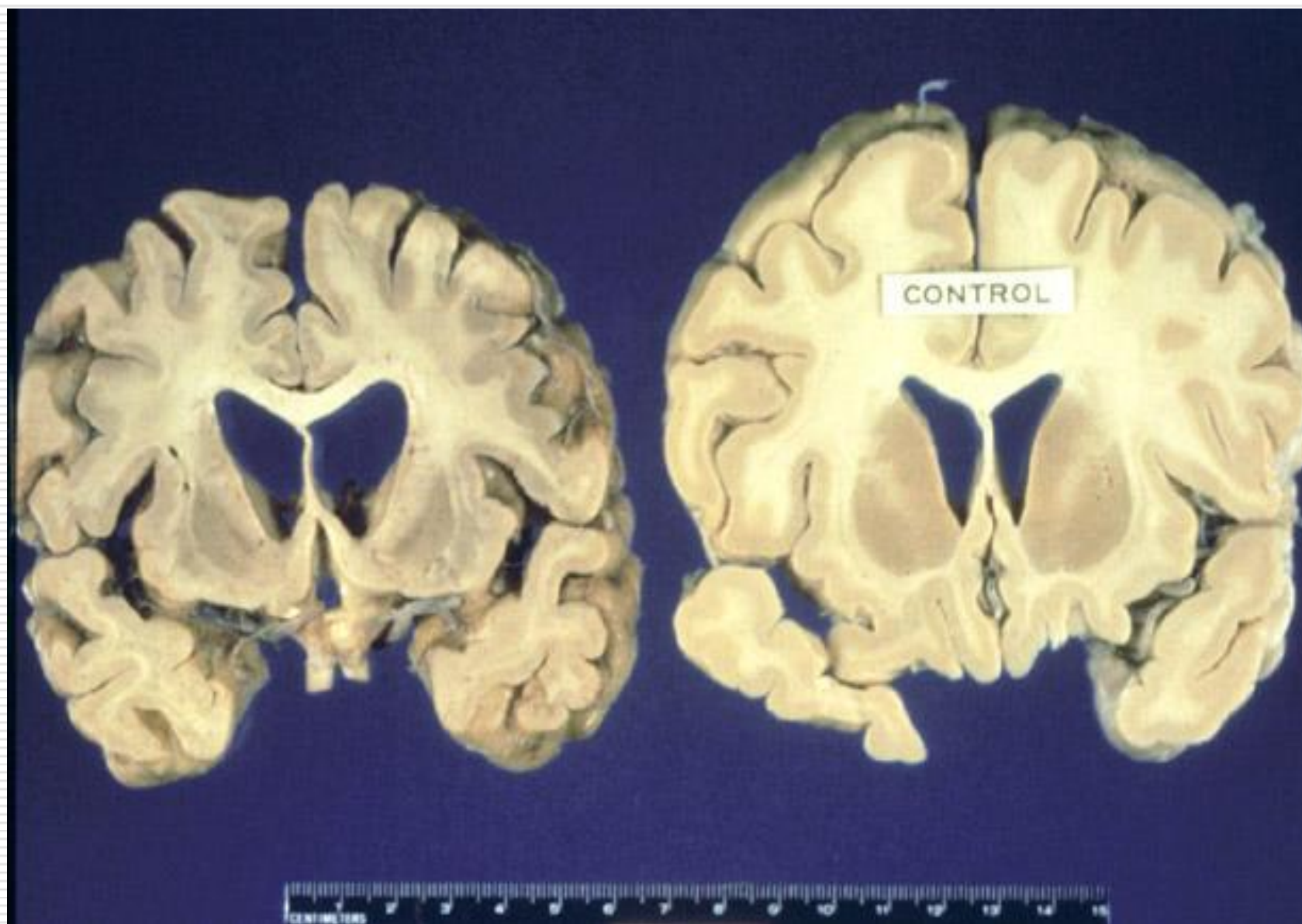


یافته های تشخیصی

□ تاریخچه و سابقه خانوادگی

□ معاینه فیزیکی و حرکات کره ای

□ تشخیص آتروفی قسمت های مختلف مغز با Brain CT Scan

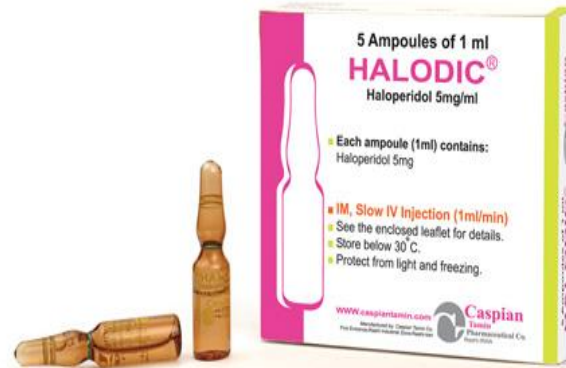




درمان کره هانتینگتون

-درمان خاصی ندارد.

-جهت کاهش حرکات غیر طبیعی : هالوپریدول، فنوتیازین



تشخیص افتراقی کره هانتینگتون

۱- مصرف بیش از حد آل - دوپا در پارکینسون

۲- دیس کنزی دیپرس در مصرف فنوتیازین ها خصوصا در بیماران مؤنث و مسن

۳- کره ی پیری

۴- عوارض انسفالیت

۵- عوارض پس از ضربه مغزی



دردهای عصبی

۱- نورآلژی تری ژمینه:

- یک سندرم دردناک صورت

- علت ناشناخته

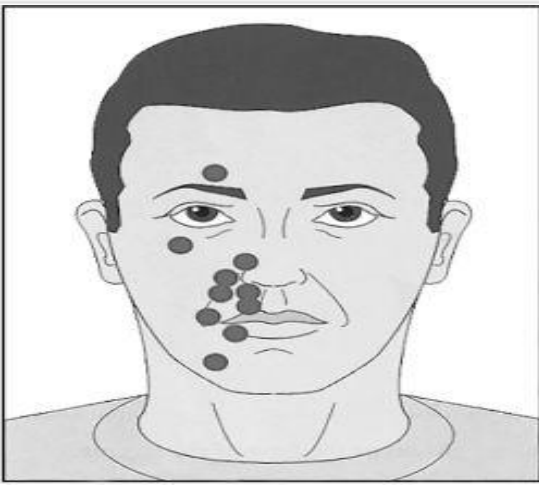
- شیوع در میانسالی

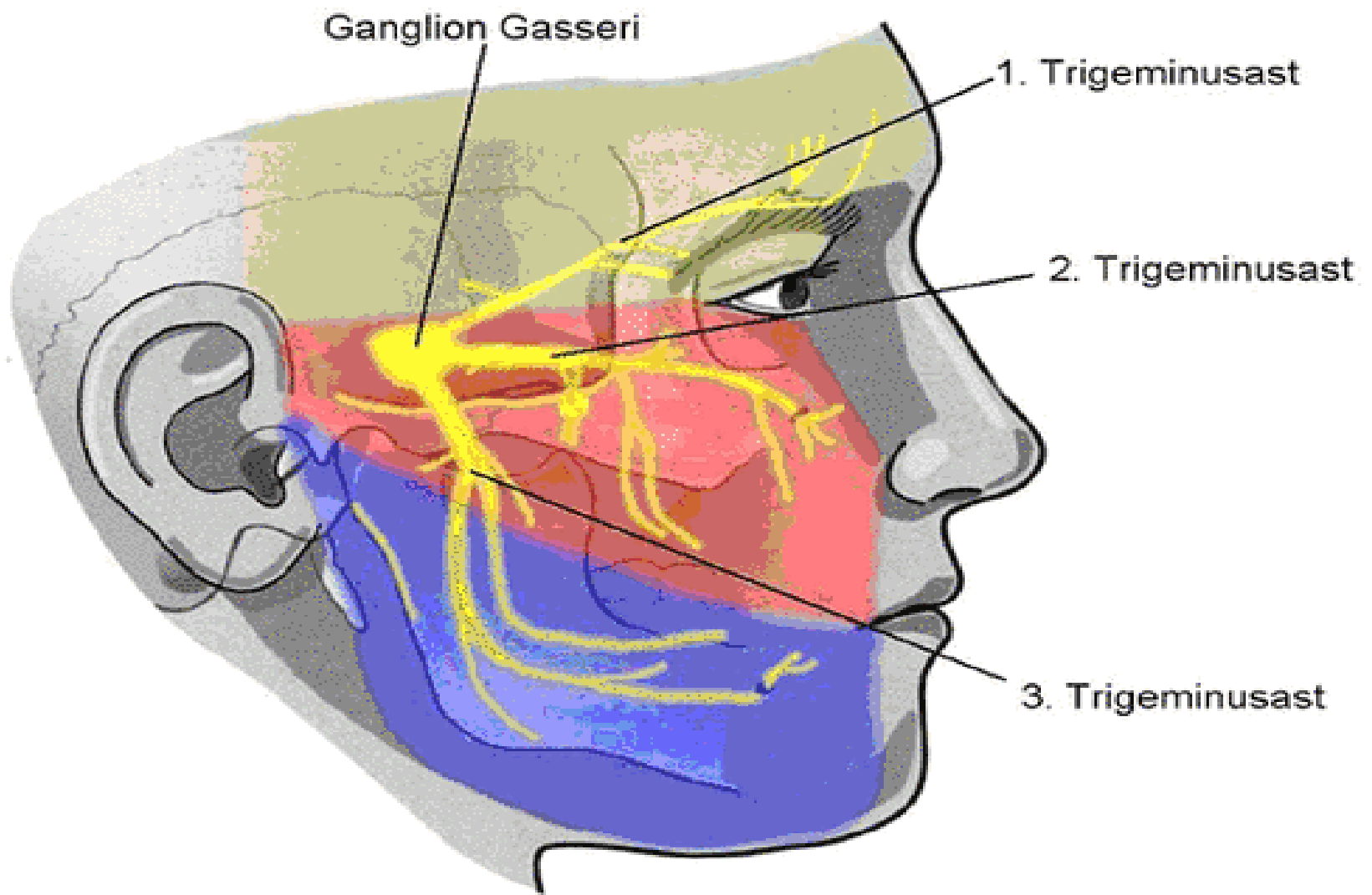
- فشار ناشی از عروق کوچک بر روی اعصاب بدلیل مجاورت نزدیک

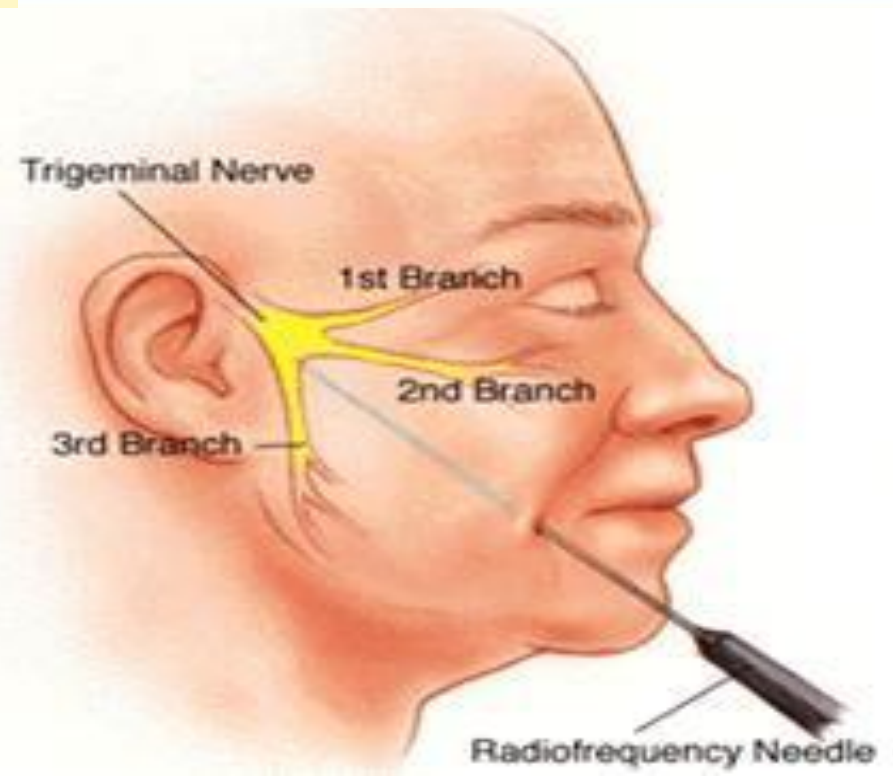
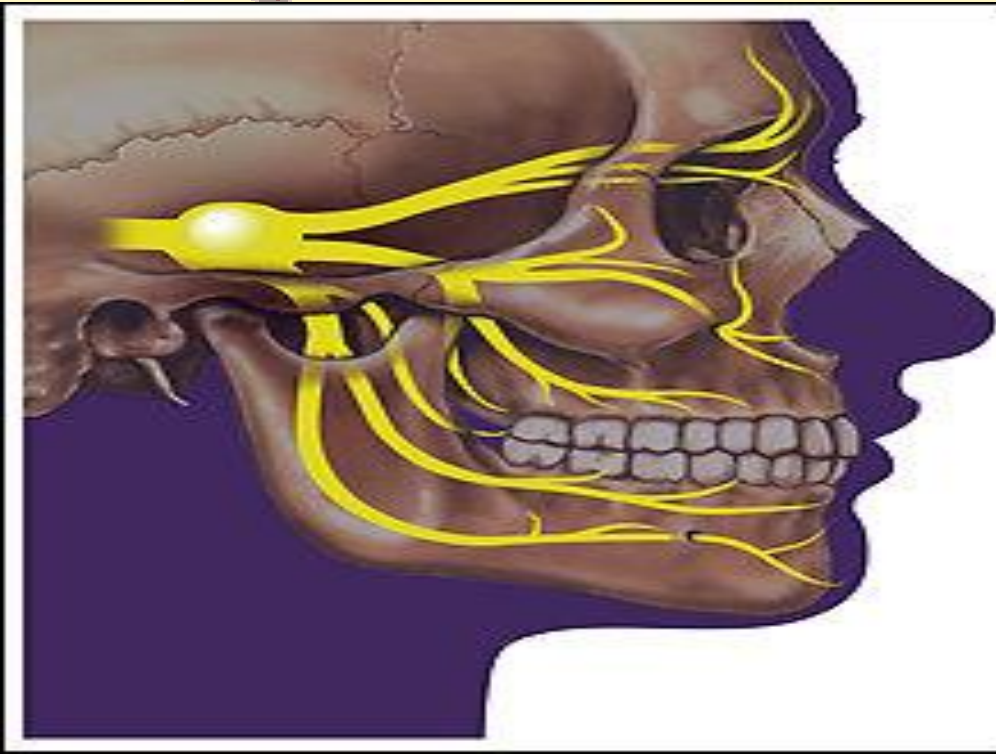
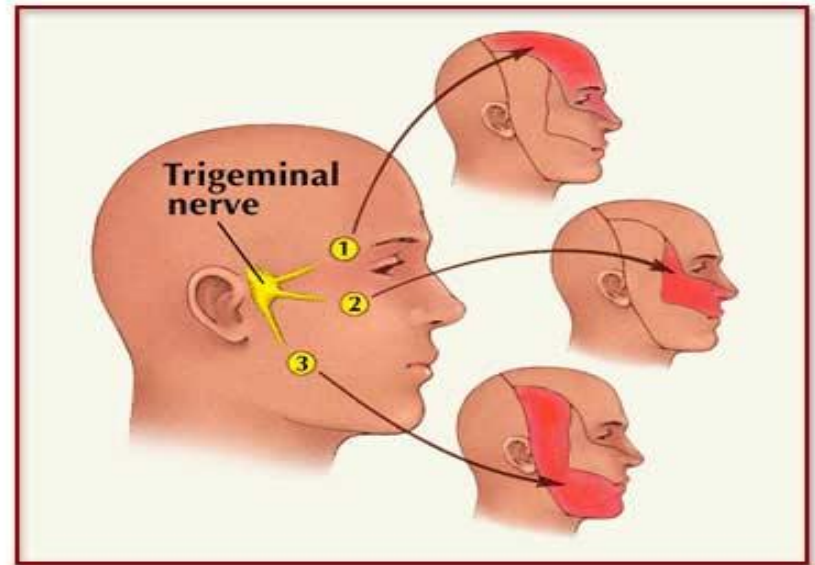
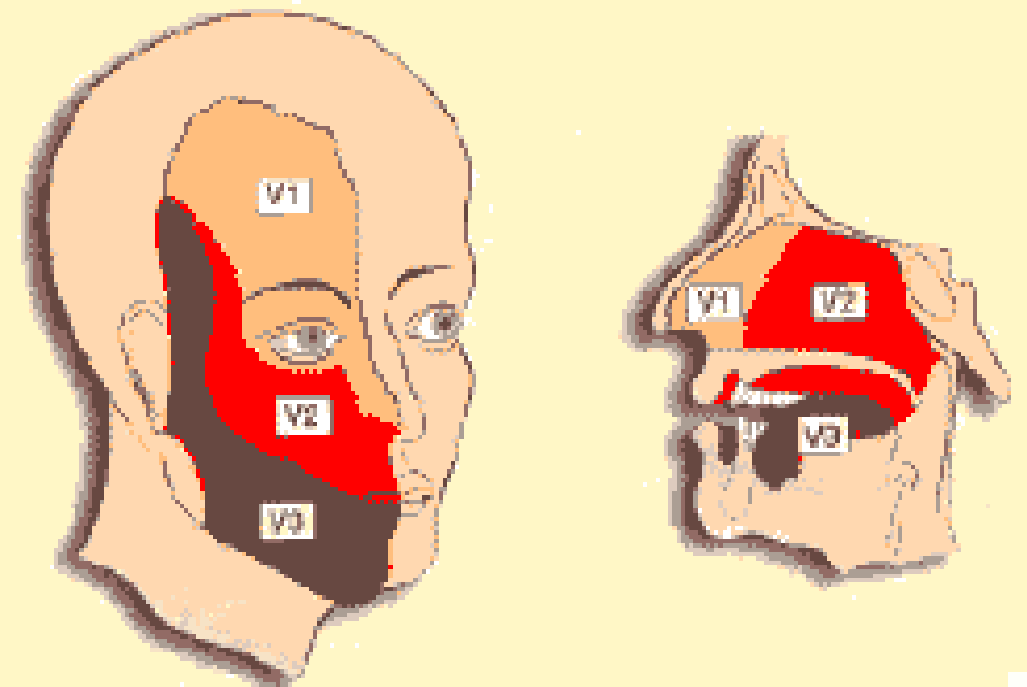
- درد به صورت سیخ زدن های آنی جرقه آسا

- خود به خود محدود می شود

- درد در اطراف گونه، بینی و دهان



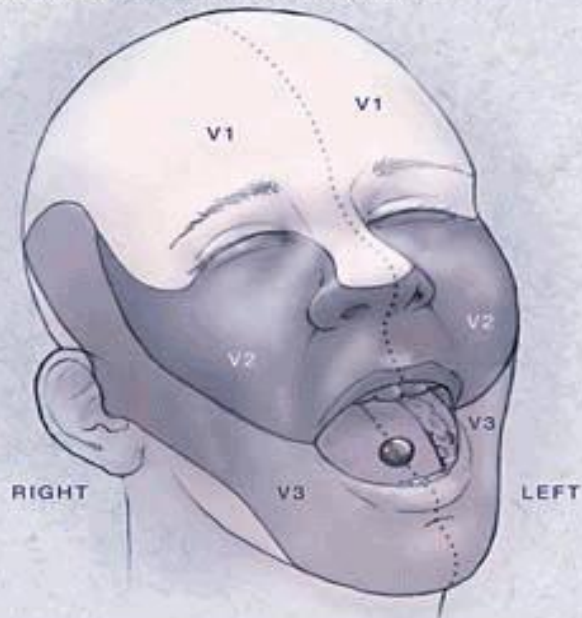




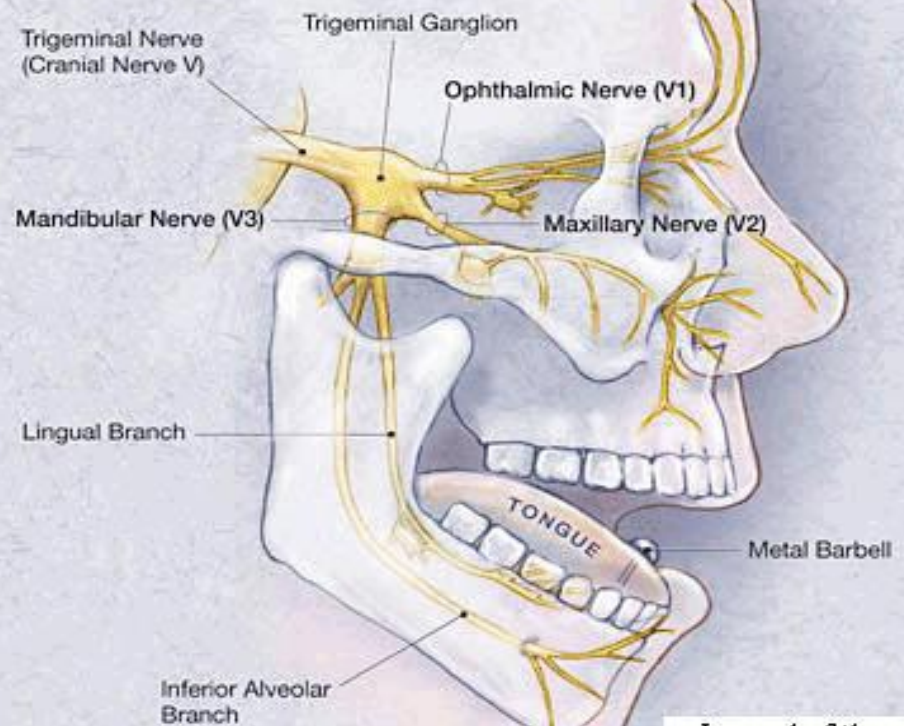
A Photo of Tongue Piercing



B Sensory Divisions of the Trigeminal Nerve



C Trigeminal Nerve

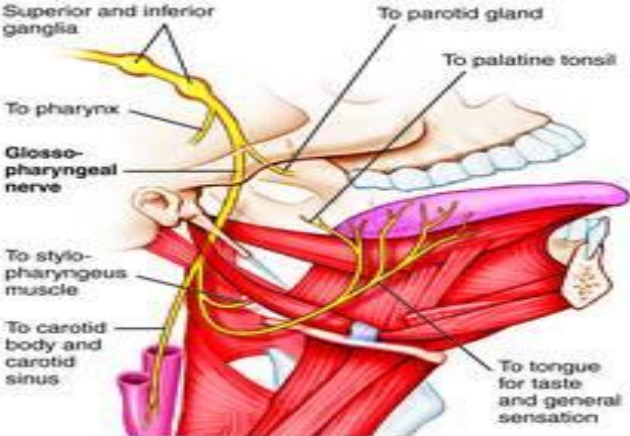


-- Journal of the
American Medical
Association



دردهای عصبی، تشخیص و درمان

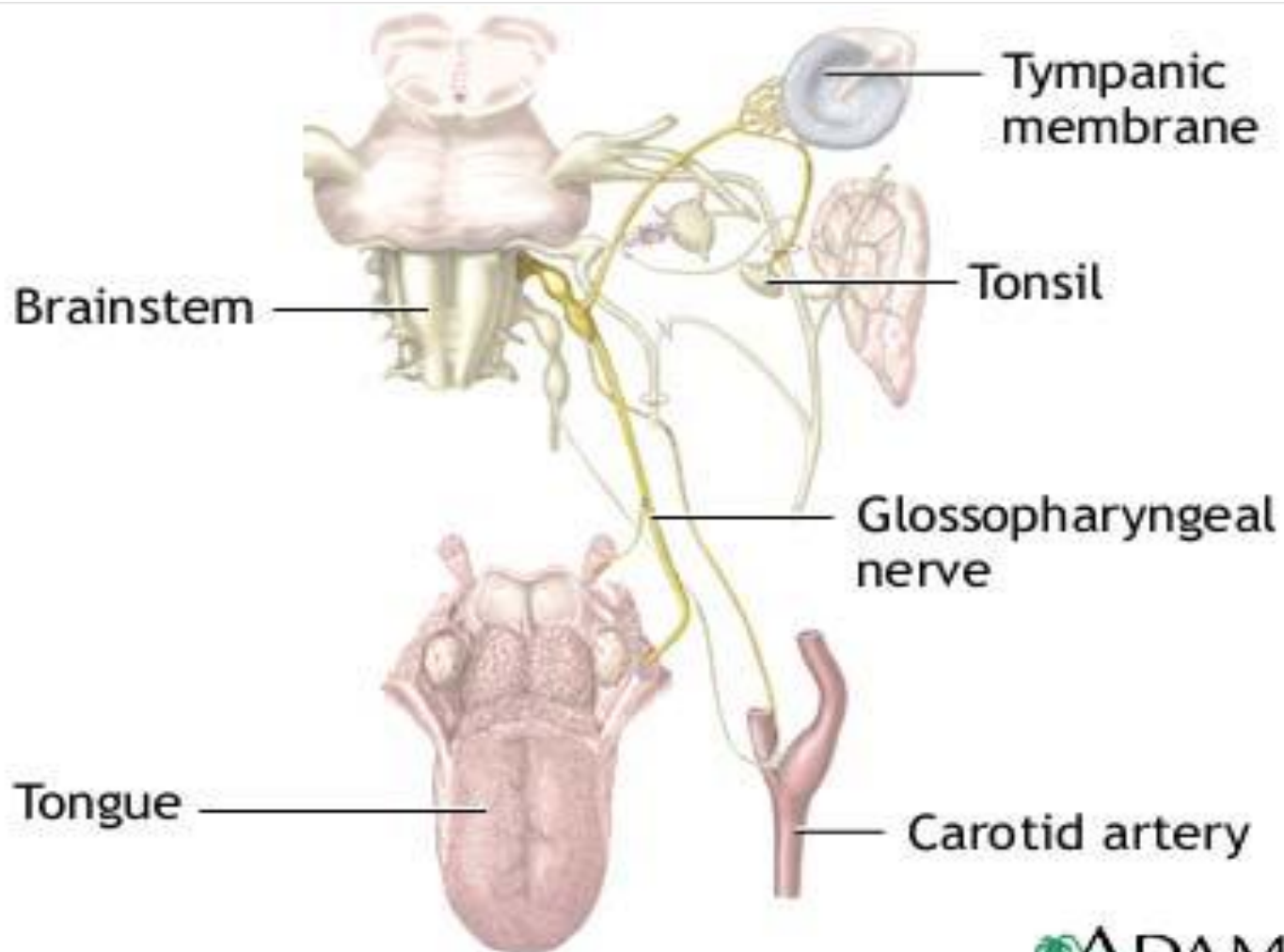
- ایجاد درد با لمس، سرما، باد، حرف زدن، جویدن و مسواک زدن
- در معاینه فیزیکی هیچ گونه ناهنجاری وجود ندارد.
- رگی که عامل فشار بر عصب است قابل تشخیص نمی باشد.
- کاربامازپاین حتی در ۲۴ ساعت موجب بهبودی
- بهبودی با کاربامازپاین ارزش تشخیصی نیز دارد.
- ۲۵۰ میلی گرم فنی توئین حمله را رد می کند.
- باکلوفن ۱۰ میلی گرم سه بار در روز
- در موارد مقاوم به درمان جراحی برای کاهش فشار بر روی عصب

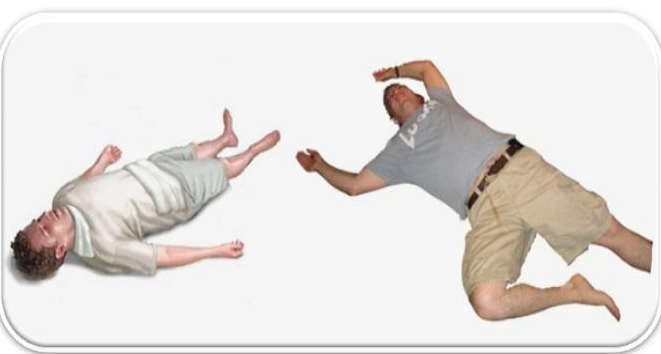


دردهای عصبی

۲- نورآلژی گلو سوفارنژیال:

- یک سندرم دردناک غیر شایع
- مشابه کیفیت درد تری ژمینال
- درد و سوزش در گلو و حنجره با انتشار به گوش ها
- ظرف چند ثانیه
- ایجاد برادی کاردی و سنکوب
- بلع، جویدن، خندیدن و خمیازه ایجاد درد می کند.
- درمان با کاربامازپاین و فنی توئین و قطع عصب شاخه عصبی





غش یا سنکوب

-از دست دادن ناگهانی و گذرای هوشیاری و عدم حفظ وضعیت بدن و سقوط بر روی زمین

-۳٪ مراجعات را شامل می شود.

-کاهش جریان خون مغز به مدت ۵ تا ۱۵ ثانیه

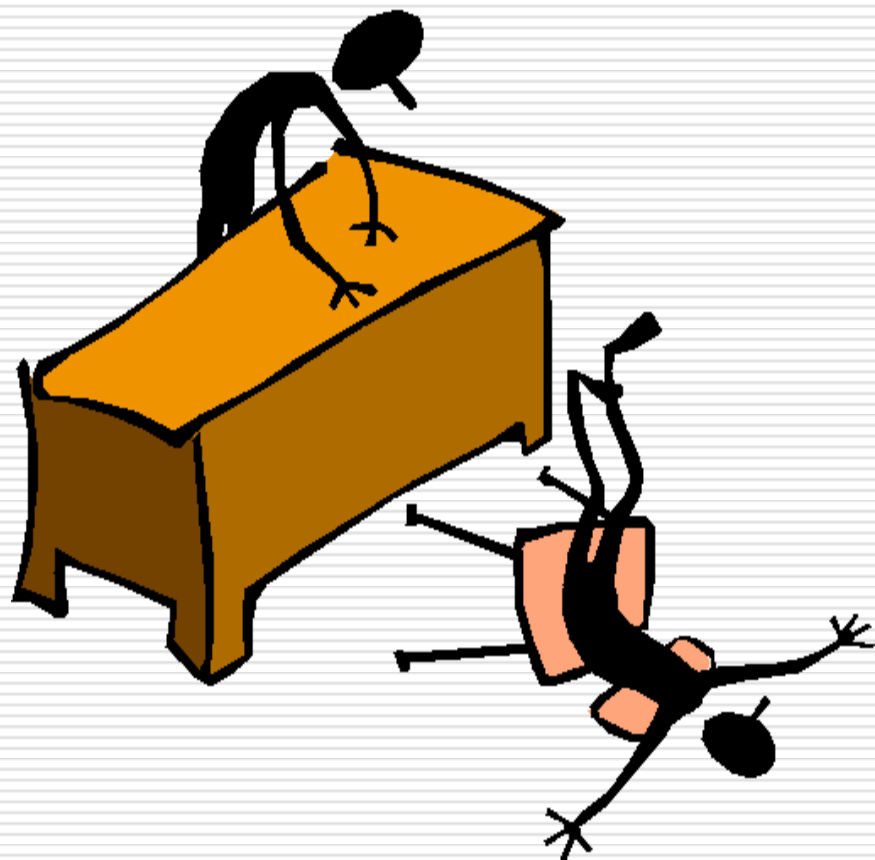
-فرم خفیف تر سنکوب با سیه رفتن چشم ها (Faintness)

اهمیت سنکوب در دو چیز:

۱-صدمات فیزیکی ناشی از سقوط ؟؟؟

۲-خطر بروز مرگ ناگهانی در علل قلبی

علل غش یا سنکوب



- آریتمی های قلبی
- نامشخص (۱/۳ موارد)
- تحریک سینوس کاروتید
- هیپوتانسیون ارتواستاتیک
- سکته های قلبی
- آترواسکلروزیز شریان های مغزی





اقدامات درمانی در غش یا سنکوب

- کمک های اولیه

- کنترل راه هوایی و فعالیت های قلبی

- تجویز اکسیژن

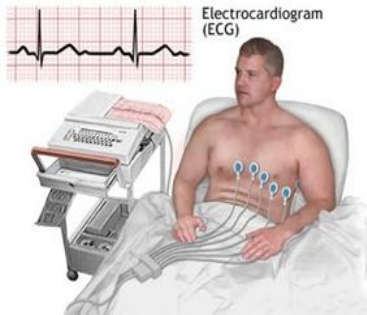
- بالابردن پاها ???

- بررسی علت سنکوب





اقدامات درمانی در غش یا سنکوب



–گرفتن ECG در همه افراد

–باز کردن دکمه یقه و کراوات و کمر بند بیمار برای خونسازی

–مانیتورینگ قلبی در آریتمی های قلبی

–در بیمار بیهوش نمونه قند خون، الکتورلیت ها و هموگلوبین

–گرفتن راه وریدی و تجویز ۵۰ سی سی گلوکز هیپرتونیک ۲۰-۵۰٪

–در موارد مشکوک به اعتیاد تجویز نالوکسال

مدیریت فرد بیهوش در اورژانس داخلی؟؟؟

۱-؟؟؟

۲-؟؟؟

۳-؟؟؟